REPORT OF THE SUB-COMMITTEE
ON SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

GUIDELINES FOR ESTABLISHING STANDARDS
FOR SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

CHILD AND ADOLESCENT SERVICES IN GENERAL HOSPITALS

Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch

Published by the authority of the
Minister of National Health and Welfare
1982

Également disponible en français
sous le titre "Soins pour enfants et adolescents dans les hôpitaux généraux"

©Minister of Supply and Services Canada 1983
Cat. No. H39-23/1983E
ISBN 0-662-12371-9

IMPORTANT

The information contained in these Guidelines was current at the time of publication. When using the Guidelines it should be remembered that certain aspects of the delivery of health care and health technology are changing rapidly. Should you identify any out-of-date material in the text, please inform:

Mr. D.F. Moffatt,
Director, Institutional and Professional Services Division,
Health Services Directorate,
Health Services and Promotion Branch,
Department of National Health and Welfare,
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Further copies of these Guidelines in both official languages can be obtained from the above person.

TABLE OF CONTENTS

	PAGE
GENERAL INTRODUCTION	vii
LIST OF PARTICIPANTS	xi
PREAMBLE	1
Basic tenets	1
The changing role of the hospital	2
Implications for hospitals	2
The process of change	6
GUIDELINES	
I PLANNING AND ORGANIZATION OF CHILD AND ADOLESCENT SERVICES IN GENERAL HOSPITALS	
1. REGIONAL PLANNING	7
2. CLASSIFICATION OF LEVELS OF HOSPITAL SERVICES	9
3. THE NEED FOR PLANNING	14
3.1 Determinants of the Need for Child and Adolescent Services in General Hospitals	14
3.2 Planning for the Future	16
II MANAGEMENT OF CHILD AND ADOLESCENT CARE IN GENERAL HOSPITALS	
1. AMBULATORY CARE	
1.1 Philosophy and Planning	21
1.2 Emergency Services	24
1.3 Day Medicine and Outpatient Clinics	25
1.4 Surgery and Outpatient Clinics	26

1.5 Day Psychiatry, Home Care, Hostels, Outreach and Travelling Clinics 27

2. INPATIENT CARE
2.1 General 27
2.2 Special Services 27
2.3 Parent Participation and "Living In" 29
2.4 Palliative Care 30

3. POLICIES AND PROCEDURES
3.1 Admission, Bed Assignment and Discharge 31
3.2 Appointment System for Ambulatory Care 37
3.3 Beds and Cribs 37
3.4 Child Abuse 37
3.5 Communicable Disease Prevention 39
3.6 Consent 40
3.7 Fire 41
3.8 Medication 41
3.9 OR/Anaesthesia 41
3.10 Passes 41
3.11 Quality Assurance 41
3.12 Referral and Follow-up 42
3.13 Release of Information 42
3.14 Restraints 42
3.15 Safety and Accident Prevention 42
3.16 Smoking, Alcohol and Non-Medical Use of Drugs 43
3.17 Students 43
3.18 Transfers 43
3.19 Translation 43
3.20 Visiting 43
3.21 Volunteers 44

III SERVICES, DEPARTMENTS AND PROGRAMS

1. Medical and Surgical Services 46
2. Nursing Services 50
3. Child Life Services 54
4. Cultural and Linguistic Services 57
5. Dental Services 58
6. Dietetic Services 58
7. Educational Programs 60
8. Laboratory Services 60
9. Occupational Therapy Services 61

PAGE

10. Pastoral Services 61
11. Pharmacy Services 62
12. Physiotherapy Services 63
13. Prosthetic and Orthotic Services 63
14. Psychology Services 63
15. Radiology Services 64
16. Respiratory Technology Services 64
17. School Programs 65
18. Social Work Services 68
19. Speech Pathology and Audiology Services 69
20. Volunteer Services 69

IV SPACE ALLOCATION, UTILIZATION AND SPECIAL DESIGN FEATURES

1. AMBULATORY FACILITIES 71

2. INPATIENT FACILITIES 73
   2.1 Facilities on the Unit 74
   2.2 Physical Design 78
   2.3 Safety 79
   2.4 Location and Design of Play Space 80
   2.5 Parental Involvement 81

V EQUIPMENT

1. SPECIAL EQUIPMENT FOR CHILD AND ADULT RESUSCITATION AND MONITORING 83

2. PLAY AND SCHOOL EQUIPMENT AND MATERIALS 84

SELECTED REFERENCES 87

APPENDICES

Appendix I Description of the child and adolescent population in general hospitals 91

		PAGE
Appendix II	Play and school equipment and materials Child Life Program	97
Appendix III	Guidelines for policies and procedures for special services in hospitals	99
Apendix IV	Guidelines for special services in hospitals	103

GENERAL INTRODUCTION

Background

Advances in health technology and changes in the planning and delivery of health care have contributed to an increasing demand for specialized services in hospitals. A dramatic rise in the number of intensive and specialized care facilities and services in hospitals has occurred in recent decades due to rapid technological development in electronics and automation, and as a result of new approaches to patient care. These changes have produced demands for physical facilities, specialized equipment and highly-trained health manpower. Because of this, there is a continuing need for guidelines for standards to assist those involved in planning, organizing and operating special care services in hospitals.

Mandate

In 1972 health authorities in Canada recognized the need for guidance in this area, and the Federal-Provincial Advisory Committee on Health Insurance commissioned the Working Group on Special Services in Hospitals to create Guidelines for standards to provide a reliable definition of requirements for a number of special care facilities and services.

Guidelines were developed by the Working Group for 14 units and services, and, in 1975, these were published under the title, "Guidelines for Special Care Units in Hospitals". This volume was widely distributed to provincial health and hospital authorities, and to national and international health organizations, and has been adopted by many as a guide.

The continuing development of existing and new health technologies, together with changes occurring in the pattern of health care delivery, gave impetus to the updating of the 1975 Guidelines, and to the development of Guidelines in additional areas. In May 1982, The Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services granted the Working Group continuing status as a sub-committee of the Advisory Committee. The name of the Working

Group was therefore changed to the Sub-Committee on Special Services in Hospitals. A complete list of Guidelines published or being prepared by the Sub-Committee is found in Appendix IV.

Methodology

The Guidelines published in 1975 were developed on the principle of a consensus of information, knowledge, experience and expert opinion obtained from appropriate organizations and individuals throughout Canada. They were based, where possible, on Guidelines developed in Canada, and from authoritative sources in other countries. This approach has been generally acceptable to government and hospital authorities and the health professions.

The present Guidelines were prepared on a similar basis. On this occasion, in addition to input from provincial authorities, the expert opinion of health professionals was obtained through formally designated representatives of national health organizations representing the activities involved in each specific service. It is certain that many hundreds of health professionals from every area of the country have provided expert input in these Guidelines by this method, and have thus provided a truly Canadian consensus on these topics.

Suggested purpose of the Guidelines

The Guidelines should not be regarded as rigid standards. Their application may vary throughout Canada, and it is the prerogative of each province to accept, modify or reject the Guidelines according to provincial priorities.

The purpose of the Guidelines is to provide a definition of requirements for a number of special care facilities and services. They are not intended to provide standards for clinical practice.

Where development of a unit is under consideration, the Guidelines will assist planners and government health authorities in determining the need for such a unit, and in assessing the total potential impact of a new unit on existing and projected services, both at the local and regional

levels. Deficiencies in existing services can be identified, and in some cases these can be corrected without the need to develop a new unit.

Where a unit already exists in a hospital, the Guidelines will help to identify problem areas related to administration, personnel, equipment, and physical facilities. They will help to determine necessary remedial action and to set priorities for corrective measures on the basis of clinical need, fiscal realities, and the degree to which a deficiency in the physical facilities impedes adequate functioning of the unit.

Future revisions

Because of the rapidly changing nature of health care, the Guidelines will require regular revision. It is planned to maintain the Sub-Committee to carry out this function.

Acknowledgments

The Sub-Committee acknowledges with sincere appreciation the immense amount of work undertaken and time given by practising health professionals in Canada in providing detailed written information and guidance in the preparation of these Guidelines. In addition, we wish to thank the Canadian Institute of Child Health for initiating the development of these Guidelines and also the many others who, in any way, contributed advice and information to this endeavour.

LIST OF PARTICIPANTS

The membership of the Sub-Committee on Special Services in Hospitals, responsible for the preparation of the new and updated Guidelines is as follows:

Mr. Donald F. Moffatt (Chairman)
Director
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Mr. Derek J. Beckley
Director
Program Planning Branch
Hospital Services
Alberta Hospitals and
Medical Care
EDMONTON, Alberta

Mme Madeleine L. Côté
Chief, Institutional Health Services Section
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Dr Maurice Héon
Professeur et directeur
Département de Neurochirurgie de la
Faculté de médecine de Sherbrooke
Centre Hospitalier de l'Université
de Sherbrooke
SHERBROOKE (Québec)

Dr. Gordon A. Judge
Medical Director
The Toronto Western Hospital
TORONTO, Ontario

Mrs. Phyllis MacDonald
Standards Officer
Urban Health Facilities Division
Manitoba Health Services Commission
WINNIPEG, Manitoba

Mr. David L. Martin
Consultant in Health Administration
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Dr. Hans H. Rubarth
Regional Director
Health Care Institutions Division
Nova Scotia Department of Health
HALIFAX, Nova Scotia

Dr. Robert Seaver
Senior Medical Consultant
Personal Health Division
Program Advisory Branch
Ministry of Health
TORONTO, Ontario

SECRETARIAT

Mrs. Janet Stow
Projects Officer
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

The Guidelines on Child and Adolescent Services in General Hospitals were prepared for the Sub-Committee on Special Services in Hospitals by the following Working Group.

WORKING-GROUP ON CHILD AND ADOLESCENT SERVICES IN GENERAL HOSPITALS

Mr. Donald F. Moffatt, Chairman
Director,
Institutional and Professional
Services Division,
Health Services Directorate,
Health Services and
Promotion Branch,
Department of National
Health and Welfare,
OTTAWA, Ontario.

Mr. Derek J. Beckley,
Director, Program Planning Branch,
Hospital Services,
Alberta Hospitals & Medical Care,
EDMONTON, Alberta.

Mrs. Elizabeth Crocker,
Director, Child Life Program,
Izaak Walton Killam Hospital for
Children,
HALIFAX, Nova Scotia.

Dr. F.W. DuVal,
Medical Arts Bldg. *1502
233 Kennedy Street,
WINNIPEG, Manitoba.

Dr. Peter Kelly,
Family Physician,
6622 - 20A Street S.E.,
CALGARY, Alberta.

Dr. R.H. Lennox,
Senior Medical Consultant
Health Services Directorate,
Health Services & Promotion Br.,
Health and Welfare Canada,
OTTAWA, Ontario.

Miss Marie Lund,
Assistant Administrator,
The Hospital for Sick Children,
TORONTO, Ontario.

Dr. R. Glen Macdonald,
Chief of Pediatrics,
Department of Pediatrics,
Saint John Regional Hospital,
SAINT JOHN, N.B.

Dr. Roderick MacLeod,
Head, Youth Services in Psychiatry,
Department of Psychiatry,
University Hospital,
SASKATOON, Saskatchewan.

Miss Mary Elizabeth McKenzie,
Clinical Nursing Head,
St. Boniface General Hospital,
WINNIPEG, Manitoba.

Dr. J.H. Murray,
Associate Executive Director,
Canadian Council on Hospital
Accreditation,
OTTAWA, Ontario.

Mrs. Susan Okuda,
Chief Medical Social Worker,
Royal Columbian Hospital,
NEW WESTMINSTER, B.C.

Mrs. Shirley Post,
Executive Director,
Canadian Institute of
Child Health,
OTTAWA, Ontario.

Dr. G.C. Robinson,
Professor and Head,
Division of Population Pediatric,
Department of Pediatrics,
University of British Columbia,
VANCOUVER, B.C.

Mrs. Janet Stow,
Project Officer,
Health Services Directorate,
Health Services and Promotion
Branch,
Department of National
Health and Welfare,
OTTAWA, Ontario.

CHILD AND ADOLESCENT SERVICES IN GENERAL HOSPITALS

PREAMBLE

The health care of children raises some unique concerns and considerations. Illness and hospitalization can constitute a crisis in the life of a child and the child's family. In hospital a child is exposed to many persons, the environment is new and complex, family life and peer relationships are interrupted, routines are unfamiliar and often frightening, and the child experiences a loss of independence. Hospitals must be aware of these stresses and should devise programs and approaches that will not only attend to medical and surgical needs, but will reduce the potential trauma associated with hospitalization and provide opportunities for children to continue their growth and development.

The hospital is an important resource in the range of health services for children. The Guidelines recognize the responsibility of hospitals to provide for the particular needs of children, adolescents and their families and to promote participation of the family in the various aspects of hospital services.

These Guidelines are intended to assist hospitals and related health agencies in planning, implementing and evaluating the care of children and their families. The intended audience is the general hospital, although many of the principles apply to any health care facility providing services to children.

It is recognized that for some hospitals, the attainment of the services identified is a goal to be worked toward. It is hoped that the Guidelines will increase the cost effectiveness and enhance the quality of pediatric care.

Basic tenets

1. The child and youth population addressed ranges from birth through adolescence. Within this population are several sub-groups, e.g. neonatal, infant, preschool, school age and adolescent. Implications for these groups are addressed in the Guidelines.

2. The child must always be considered in the context of a developmental framework. Programs and policies must be geared to different age groups.

3. The "patient" is the child-family unit and good care must provide for the needs of the entire unit.

4. The concept of family-centred care is fundamental. It recognizes the importance of maintaining family relationships and the adverse effect of separation. When "family" is not available, substitute services are essential.

5. Within the hospital itself, all children should be served in the pediatric unit. It is recognized that in certain small community hospitals, this may not be practical. However, the individual nature of the pediatric patient should be respected, and age appropriate services and supports should be available for children and their families no matter where they are located in the hospital.

6. Hospital staff who have contact with children require special training in working with children and their families.

7. The general hospital is often the base from which direct and indirect pediatric services are offered to the community.

8. Effective and continuous care can only be assured by having linkage and co-ordination between hospital and community programs.

The changing role of the hospital

The changing pattern of disability in childhood affects the function of the modern hospital serving children.

The traditional hospital role in pediatric care has always been to treat the acute and chronic illnesses of childhood. Advances in the control of nutrition-related

diseases and of the majority of acute and chronic infections of childhood mean that today the major problems of child mortality and morbidity are:

- developmental handicaps of genetic, prenatal or perinatal cause;
- chronic disease management, e.g. cystic fibrosis, leukemia;
- behavioural problems associated with stress of modern society;
- accidental and intended trauma.

These problems require a revision of the traditional role of the hospital pediatric department. In contrast to the episodic nature of many of the diseases of the past, the new morbidity has a longer term impact, necessitating expanded ambulatory services and linkages between hospital and community services to ensure effective continuity of care. Accordingly, the inpatient diagnostic groups (Table III, page 93) do not fully reflect the profile of disease in the child population.

Coincidental with these changes there have been a number of other societal developments which have had an important impact on health services. These include national health insurance; concern for the rights of culturally and economically disparate groups; rising consumer expectations in terms of care; changes in family structure, such as single parent families and working parents; emergence of a wide range of allied health professionals and increasing health costs. The combination of all these factors has had a profound effect on the role of the hospital in the community.

Implications for hospitals

The changing pattern of disability in childhood and the emerging priorities in the delivery of health care have important implications for hospitals offering services to children:

- Hospital policies should ensure social, organizational and environmental design to create an atmosphere which will facilitate the implementation of the following principles.

- Alternatives to traditional inpatient admission for children must be developed, including day medicine, day surgery hostel units, and modified care programs such as home care services and outpatient services. They may be hospital or community-based but must have a well-defined liaison structure to ensure continuity of care. Such programs have medical, psychological and economic advantages.

- Provision must be made for the developmental and psychological needs of children. Since the child is part of a family, care must recognize and support maintenance of family function. This should include family participation in care; open visiting for parents; encouraging visiting for siblings, family and friends; child life programs and preparation programs, both for elective admission and for specific hospital experiences.

- A range of allied health professionals should be available to meet the full range of patients' needs.

- Children and adolescents will usually be best served by accommodation in separate space. Adolescents require their own recreation and lounge space. Special arrangements should be made for children and adolescents who cannot be admitted to the pediatric unit because special care needs require placement elsewhere such as in a burn unit, intensive care unit or neuro-surgical unit. These patients should still have the overall support of the pediatric department in order to ensure that they receive age-appropriate services.

- Parental needs must be recognized. This recognition would include flexible scheduling of appointments, parental need for information about their child's specific health problem, appropriate waiting areas and food services. This would especially apply to parents of children who need repeated services. Support systems should be offered for needed respite to families whose children have chronic diseases or handicaps.

- Provision or support should be given to teaching programs that will help families, patients and the community to cope effectively with specific health problems.

- In all general hospitals, there should be staff training programs for all staff in contact with children and adolescents. The programs must be related to child development and age-related needs. All direct service departments, such as radiology services and laboratory services, and all patient care areas should give special consideration to meeting the needs of children and adolescents in delivering their services.

- Since the admission of a child to hospital is seen as the least preferred option in most cases, it will be incumbent upon hospital staff associated with the pediatric services to:

  advise on alternative treatment methods;

  provide consultation services within the hospital and in conjunction with appropriate community agencies, to the community by any members of the pediatric team;

  foster the use of outpatient and community treatment resources and promote the development of home and community-based programs;

  review, by means of audit and utilization committees, the incidence of hospitalization of children and the quality of service for different medical and surgical conditions and be actively involved in decreasing average lengths of stay and developing outpatient services;

  facilitate and encourage community-based health professionals to follow the course of their pediatric patients in hospital, recognizing that they will usually have greater knowledge of the family's environment, strengths, and weaknesses and that continuing care will occur in the community.

The Process of Change

Hospital and related health agency personnel who read these Guidelines may identify a number of areas where changes in structure, organization, staffing or policy may be desirable, but change is not easy to introduce in any organization, let alone in a complex organization such as a hospital. There may be problems for staff who must carry out new policies; physicians and nurses may find it difficult to accept parents and other professionals participating in the care of children on the unit. Parents, too, may be unsure of what is expected of them in terms of caring for their children in the hospital setting. The challenge is to blend together the special contributions of families, professional staff, and volunteers; to address the social and emotional needs of patients as well as their medical and surgical needs.

GUIDELINES

I PLANNING AND ORGANIZATION OF CHILD AND ADOLESCENT SERVICES IN GENERAL HOSPITALS

1. REGIONAL PLANNING

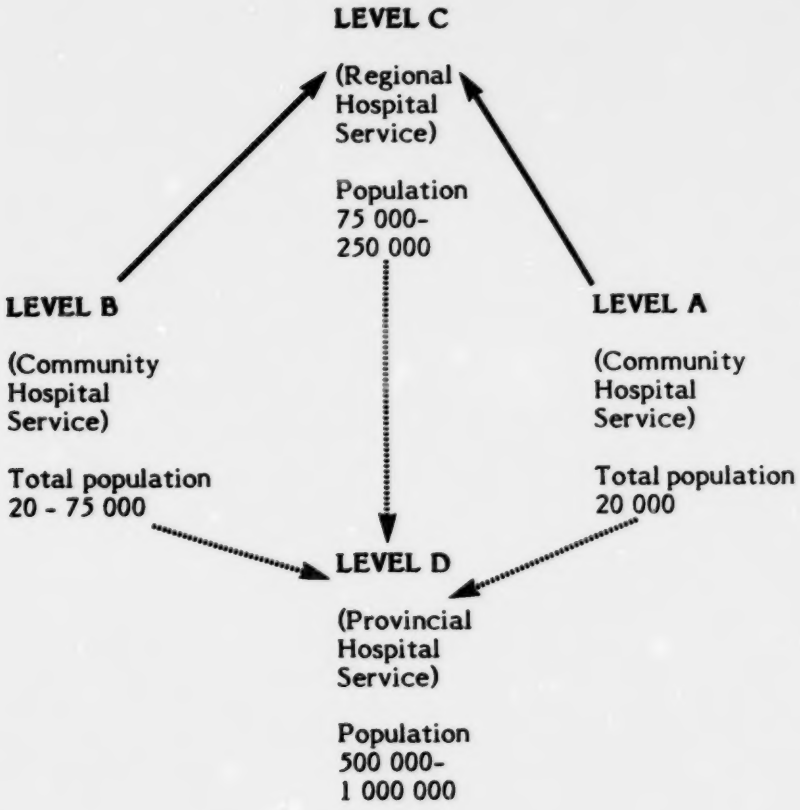
The concept of regionalization of child health care is designed to provide health care services on a geographical basis. Such a concept may cover both hospital care (including acute and long-term hospitals) and community care (including private practice, infant preschool programs, school and mental health programs), although it is more common for these to be organized separately. A regional plan identifies the special needs of children, adolescents, and their families, related to demographic, cultural and geographic (urban and rural) considerations. Services and facilities are then developed to serve the specific geographical area.

The distribution of pediatric units in general hospitals in a geographical area is an important planning problem, particularly with the high cost of hospital care, the many new technological advances, the decline in occupancy rates in many pediatric units and the changing role of the hospital in the network of community child health services. A variety of planning responses may be required to maintain or develop an effective and efficient network of pediatric services. These may include the closing of some pediatric inpatient units to eliminate unnecessary beds; the selection of one hospital for maternity and neonatal care; the sharing of services and location of specialty services such as oncology and genetic counselling in one hospital, rather than in each hospital in a community.

The key to successful regional planning is the presence of a strong planning and liaison structure which will monitor regional needs and recommend the most appropriate distribution of pediatric care resources.

FIGURE I

REGIONALIZATION OF HOSPITAL SERVICES



→ Community hospitals' main consultative pathways are to regional hospitals.

⇢ Community and regional hospitals' consultative pathways are to provincial hospitals when using very specialized services.

2. CLASSIFICATION OF LEVELS OF HOSPITAL SERVICES

The sophistication of resources required to provide the range of contemporary hospital functions necessitates the development of levels of hospital service. They can be grouped into community service, regional service and provincial service,[1] and the interrelationships between the three levels of service within a region are shown in Figure 1. The definitions of the different levels are arbitrary and may apply to one province and not to another. Familiarity with and utilization of appropriate regional resources will enhance both the effectiveness (as judged by compliance with a plan of management) and efficiency (as judged by earlier discharge and reduced cost) of care. Similarly, the sharing of health records between hospitals and community physicians and agencies will encourage the coordination and the continuity of care. Early discharge, with appropriate documentation, to the referring hospital will greatly enhance the opportunity for the child to be with the family.

Level A - Community Hospital Service

This level would apply to small and medium-sized communities (up to total population of 20 000 in semi-rural and sparsely populated areas that are frequently 60 minutes or more from a larger facility)

At this level:

- workloads are small and will vary with the age distribution of the population.

---

1. The use of the terms primary, secondary and tertiary care hospitals was considered but was felt to be less useful than the above grouping. More than one level of care is provided to the consumer in the hospital and these terms are perhaps better confined to the professional providing the care rather than to the hospital in which the care is delivered.

- services are essentially inpatient although increasingly ambulatory services may develop. In some rural communities physicians conduct their practices from hospital-based offices. Other health services to the community such as laboratory, radiology, psychiatry, dentistry, visiting consultants and physiotherapy, may be based in the hospital.

- the hospital staff participate in community support services, either at the hospital or in the community. This could be consultation/liaison to community professionals, such as the school nurses, who provide direct services to children or families; or to community programs such as Infant Development Programs, outreach services for children with developmental handicaps, child abuse services and home support services such as homemakers.

- preventive services such as neonatal screening programs (P.K.U. and hypothyroidism), hospital tours for young children, and health education activities in collaboration with schools and with parent groups are offered.

- educational programs are present to encourage professional education of the hospital staff and to provide learning opportunities for students of all kinds from adjacent schools of nursing, colleges and universities; to participate in community education programs in the field of health care, and to publicize the availability of preventive and treatment services.

- complex problems are referred out for assessment and management. (See Sections 1.2 Medical Services and 1.3 Surgical and Anaesthetic Services, pp. 47-49)

Level B - Community Hospital Service

This level will usually serve larger communities (20 000 - 75 000 total population)

At this level:

- some hospitals will be situated in relatively isolated communities, while others will be situated in communities close to other towns and cities.

- the workload and care functions will depend on the medical manpower and the specialty referral services available.

- similar inpatient and ambulatory services as noted in Level A will be present. There is also scope for the development of assessment and management services for the common developmental problems such as delayed development; speech and hearing problems and behaviour problems; chronic diseases such as asthma and diabetes mellitus, and other programs, for example, adolescent gynecology and rehabilitation. The development of these programs will depend upon existing services in other community settings.

- perinatal intensive care services - Type A (Level 1)[1] will be present.

- there will be similar community support, prevention and education services as described in Level A.

---

1 See Perinatal Intensive Care Unit, Guidelines for Special Services in Hospitals, 1979, Health Services Directorate, Department of National Health and Welfare.

Level C - Regional Hospital Service

This level will usually serve a population of over 150 000, but in some provinces geographic considerations will dictate that some referral hospitals serve a population of 75 000 and above.

At this level:

- the range of medical specialties will usually be available and pediatric consultations should be available 24 hours a day. The number, type and sophistication of other direct care functions, for example physiotherapy, speech therapy, and psychology, will vary within different settings, depending upon the various health professionals being on the hospital staff and upon existing services in other community settings.

- similar inpatient and ambulatory services as described in Levels A and B. There is also scope for the development of assessment and management services for the less common developmental problems such as congenital deafness and visual impairment, and chronic diseases such as fibrocystic disease and myopathies.

- perinatal intensive care services - Type B (Level 2)[1] will be present.

- micro-chemistry - will be available 24 hours daily.

- the same community support, prevention and education functions described in Level A, and additional community support services such as a 24-hour consultation service for physicians and poison control centres will be offered.

---

1 See Perinatal Intensive Care Unit, Guidelines for Special Services in Hospitals, 1979, Health Services Directorate, Department of National Health and Welfare.

- pediatric intensive care service - will be present in either a separate unit or in association with an adult unit.[1]

- research will be undertaken to stimulate clinical research and research in health care delivery, for example a model of an innovative program, and to bring the results of the studies to the attention of the provincial ministries of health and to the community at large.

Level D - Provincial Hospital Service

This level will usually serve a population of 500 000 - 1 000 000. There may be one or more hospitals in a province providing services at this level.

At this level:

- a hospital would have available services to manage the full range of illnesses and problems of childhood.

- inpatient and ambulatory services described in Level C, together with one or more "one-of-a-kind services" to the entire regional area or to a number of regions will be present. Such services might include renal dialysis, bone marrow transplantation, cardiac catheterization and cardiac surgery.

- perinatal intensive care services - Type C (Level 3)[2] will be offered.

---

1 See Intensive Care Unit, Guidelines for Special Services in Hospitals, 1979, Health Services Directorate, Department of National Health and Welfare.

2 See Perinatal Intensive Care Unit, Guidelines for Special Services in Hospitals, 1979, Health Services Directorate, Department of National Health and Welfare.

- the same preventive and education services described in Levels A, B and C will be present.

- the same research functions described in Level C will be carried out.

3. THE NEED FOR PLANNING

3.1 Determinants of the Need for Child and Adolescent Services in General Hospitals

The need for hospital pediatric services is determined by a number of indicators that should be reviewed on a regular basis by hospitals and planning authorities.

Population of the Area

The pediatric population estimates should be reviewed, together with the age distribution therein.

It has been predicted that during the decade 1980-1990 the 0-19 year population in Canada will increase and the age distribution of this population will change in the direction of increases in the 0-4 and 5-9 and corresponding decreases in the 10-14 and 15-19 year age groups(19). The degree of change may vary, not only in the provinces and territories, but also within the individual communities.

Special attention should be paid to the cultural and linguistic groups, including native Indians and Inuit and immigrant children in the various provinces.

Prevalence and Types of Illnesses in the Area

Morbidity and mortality data for the population of the community should be examined.

Existing Services in the Community

The presence of pediatric services in a community, including other hospitals with pediatric services, should be surveyed and new services should complement existing services and avoid duplication.

Alternatives to Acute Inpatient Hospital Services

These include medical and surgical ambulatory programs, partial hospitalization and home care programs, and long-stay and rehabilitation programs.

Diagnostic and Treatment Support

The availability of services, manpower and equipment needed to identify and treat physical and mental conditions or their symptoms should be examined.

Service Access

Travel time from the patient's home to the hospital and the availability of transportation services in the area should be examined.

Health Manpower

The number and types of physicians and other health professionnals required for direct patient service should be examined.

3.2 Planning for the Future

Inpatient

Bed needs in a given area are calculated from the incidence rate[1] (days per 1000 pediatric population, usually 0-19 years) of the resident pediatric population of the area, the size of the pediatric population in the community, and the occupancy rate. When present bed needs are being assessed the current population is used; when future bed needs are being examined future population estimates, including age composition and location of the population, are utilized.

It is reasonable to assume 80% occupancy in pediatric units over 80 beds and 75% in units over 40 beds, but very much lower rates are common in smaller units.

It is often difficult to maintain the quality of pediatric care in units of small size, particularly in urban areas. Whenever possible, pediatric units of less than 20 beds should be avoided unless geographical circumstances justify the presence of a small unit.

---

1 Assume that for a given community the incidence is 425 days per 1000 0-14 years and the total 0-14 years pediatric population is 30 000, bed needs can be calculated as follows:

1. 425 X 30 = 12 750 days required
2. At 75% occupancy, 365 X 75/100 = 274 days
3. Beds needed per year = 12 750 ÷ 274 = 47 beds

Ambulatory

With the exception of day surgery, it is difficult to estimate the potential volume of ambulatory services described in the section on Ambulatory Services, pages 14-18.

i. Emergency service

It is difficult to estimate the demand for emergency services as incidence rates are not available.

ii. Outpatient service

Day medical

The demand for medical outpatient services varies greatly from one hospital to the next, and no reliable estimates of service needs are available.

Day surgical[1]

The number of pediatric operative procedures performed on a day basis varies considerably from province to province and hospital to hospital within provinces. About one-third of all pediatric surgery is done in this way in some provinces, and perhaps 50-55% of total surgery is being done on an ambulatory basis in some children's hospitals. It is predicted that there will be an increase in day surgery in the future.

---

1 See also, Day Surgery Unit, Guidelines for Special Services in Hospitals, 1982, Health Services Directorate, Department of National Health and Welfare.

Day Psychiatry

The pattern of psychiatric daycare as in the two preceding sections varies greatly. The subject of day psychiatric programs has been addressed in the Guidelines for Child and Adolescent Psychiatric Services.[1]

iii Hostel[2]

Hostels are facilities in which parent and child can be accommodated when the child attends ambulatory clinics or diagnostic and treatment services of a hospital.

For this purpose they are usually located in association with a health facility; however, in some instances they may serve as a halfway house prior to discharge.

iv Home care

Home support services, including home nursing, homemaker services, weekend and holiday relief, are available in some communities for children in need of continuing care. Home care services, designed to prevent admission for conditions such as haemophilia and fibrocystic disease and to promote early discharge, are available in some provinces.

---

1 See Child and Adolescent Psychiatric Services in General Hospitals, Guidelines for Special Services in Hospitals, 1979, Health Services Directorate, Department of National Health and Welfare, pp. 21 - 24.

2 See Patient Hostel Unit, Guidelines for Special Services in Hospitals, 1979, Health Services Directorate, Department of National Health and Welfare.

v Outreach Services

Patient care diagnostic and treatment services are often provided to adjacent or remote communities through visiting or telecommunication services.

II MANAGEMENT OF CHILD AND ADOLESCENT CARE IN GENERAL HOSPITALS

Philosophy, Objectives and Organization

Every child and adolescent service must have a statement of philosophy and objectives which reflects the special needs of children and families. An organization chart for the hospital and for each pediatric service should be available. The provision of pediatric services should follow the basic principles and standards of hospital accreditation in Canada.[1]

1. AMBULATORY CARE

1.1 Philosophy and Planning

History

Over the past one to two decades the demand for inpatient pediatric services has declined, while at the same time there has been an increasing demand on hospitals for ambulatory pediatric services. This has been caused by changes in patterns of disease, better preventive and earlier medical care, changing patterns of practice of physicians, and by recognition of the fact that hospitalization can be a traumatic experience for a child.

Planning

The development of the range of ambulatory services has not paralleled that of inpatient services in this country, although it is reasonable to expect that more sophisticated types of service will emerge in the future. It is

---

1 Guide to Hospital Accreditation, 1977, Canadian Council on Hospital Accreditation, Toronto, Ontario.

therefore necessary for general hospitals to plan for adequate ambulatory pediatric services. These services should be designed and planned only after the objectives and the functions of the service have been defined. Ambulatory needs will vary from one hospital to another and will depend not only on the size of the hospital, but on other factors such as teaching, clinic services and the availability of community services.

Location

While the majority of general hospitals use ambulatory facilities for both children and adults, it would be beneficial to both groups if some areas were specifically designated for pediatric use. Crying children and upset parents can often distress the adult patient. By the same token, children can be shocked and frightened by exposure to adult illness and trauma. If there is a sufficient workload consideration should be given to having a separate pediatric ambulatory area. Regardless of the location, it is important that the special needs of children be recognized by the provision of personnel, equipment and waiting areas that are geared to the pediatric patient.

A holding area should be available for short-term observation and treatment of acutely ill children. Provision should be made for the parent(s) to remain with the child. The holding area may be located in the emergency area or in the inpatient unit. Depending on the outcome of the illness, the patient could either be admitted or sent home when his/her condition has improved.

Child Care Arrangements

There are times when a parent or parents may suddenly be hospitalized without having

the time or the ability to arrange for the care of their child or children. Hospitals should have procedures concerning what to do about arranging for the care of such children.

In the case of childhood emergencies, parents may have to bring healthy siblings along with their ill or injured child. Even for clinic appointments, parents may be unable to find or afford babysitters and so have to bring all their children even though only one is to be seen at the hospital. Because of such possibilities, consideration should be given to having an area with toys available, and staff or volunteers to supervise the activities of healthy siblings who may have to wait in ambulatory care areas of the hospital.

Staffing Principles

Hospitals providing a full range of emergency and ambulatory care to pediatric patients must have experienced physicians on site and a complement of consultants on call at all times; they also should have a medical Director.

Community service hospitals must have a designated physician on-call either within or out of the hospital on a 24-hour basis.

The full complement of professional services available to inpatients should be available for diagnosis, treatment, education and support of children as appropriate in all ambulatory services.

There should be a sufficient number of support personnel and volunteers to free professional staff so that they may give their full attention to the child and the family in each of the ambulatory care service areas.

Staffing principles for all the major disciplines are outlined in Section III, pages 45 to 70.

1.2 Emergency Services[1]

Every hospital with an emergency department should be properly staffed and equipped to deal with pediatric emergencies.

In every community the public must be made aware of where to obtain pediatric emergency care and which accessible hospital is equipped to provide this care.

The definition of an emergency varies from the lay to the medical viewpoint, and it is probably most practical to accept the lay definition of "any condition that in their opinion requires immediate attention". In children this will vary from simple fevers, bruises and abrasions to severe trauma and life-threatening illnesses.

Since parents may be particularly alarmed if their child requires emergency care they may need more explanation, reassurance and attention than relatives of adult patients.

Every emergency department should have known, documented, and readily available policies and procedures for the following situations when dealing with children and adolescents:

- arrangements for transfer to other hospitals when required;
- suspected or known cases of child abuse or neglect (see section 3.4, pages 37-39);
- refusal of parental consent for medical treatment in life-threatening situations;

---

1 For comprehensive coverage of emergency services see Emergency Units in Hospitals, Guidelines for Establishing Standards for Special Services in Hospitals, Department of National Health and Welfare, 1981.

- management and follow-up of accidental poisonings and injuries occurring in the home;
- sudden death (e.g. trauma, Sudden Infant Death Syndrome);
- care of children whose parent is suddenly hospitalized via emergency department (See Child Care Arrangements, pages 22-23);
- situations when mandatory consultations with a pediatrician or other specialist should be made;
- public requests for information regarding poisonings, illnesses and injuries.

Community service hospitals should have diagnostic services available in hospital, with technical staff available on-call when their respective departments are closed. Treatment facilities, such as the operating room may or may not be available and will be determinant on the need to transfer to another facility.

1.3 Day Medicine and Outpatient Clinics

Outpatient services should use an interdisciplinary approach and may include the following types of centres:

- the traditional medical outpatient clinics such as pediatric assessment clinics and well baby clinics, and arrangement for non-scheduled visits and follow-up of referred patients;
- clinics for the assessment and treatment of children with chronic diseases such as fibrocystic disease of the pancreas, haemophilia, leukaemia and diabetes;
- specialty clinics such as pediatric neurology, developmental assessment and diagnostic clinics;
- an observation centre for the short-term observation and treatment of acutely-ill children;

- diagnostic services, including coordination of appointments for various diagnostic services.

1.4 Surgery and Outpatient Clinics

Day Surgery[1]

Day surgery for infants, children and adolescents is a well-established and feasible method of caring for many children's surgical problems.

Examples of the types of surgery undertaken are:

- inguinal and umbilical hernia;
- examinations under anaesthesia;
- muscle imbalance surgery, eye surgery for muscle imbalance;
- placing of tubes in middle ears;
- circumcision;
- excision of skin tumours;
- dental surgery;
- therapeutic abortions.

The child should have a complete physical examination and a medical history appropriate to the procedure should be taken. For the younger child, within one or two days before surgery the child should be examined again to ensure that he/she is fit for surgery. A post-operative examination should also be arranged.

---

1 See also Day Surgery Unit, Guidelines for Establishing Standards for Special Services in Hospitals, Department of National Health and Welfare, 1982.

If children are old enough they should be prepared for the hospital visit, (See section on Preparation for Admission, pages 33-34.) Children should also be told of the possibility that they may have to stay in hospital if their condition warrants this.

Following surgery, if the child is taken home by car, it is necessary to have two adults to accompany the child, one to drive and the other to care for the child who may be drowsy or who may vomit.

Outpatient Clinics

Outpatient clinics are required for follow-up and treatment following surgery and assessment of children with conditions that may warrant surgical treatment. The range of services offered could include specialty clinics for follow-up.

1.5 Day Psychiatry, Home Care, Hostels, Outreach and Travelling Clinics

See section 3.2 "Planning for the Future", pages 16-19.

2. INPATIENT CARE

2.1 General

Although the need for inpatient care in general hospitals has declined during the past decade, there remains a significant need for both medical and surgical beds and for isolation and intensive care services.

2.2 Special Services

Children requiring the following categories of care should be cared for in Levels C and D which have appropriate special staff, facilities and equipment:

1. Neonatal Intensive Care[1] - very small prematures and neonates requiring assisted respiration, special nursing skills and laboratory determinations.

2. Pediatric Intensive Care[1] - any child needing continuous monitoring of vital or physiologic functions for longer than a few hours.

3. Cardiac catheterization and cardiac surgery[2] and neuro surgery.

4. Treatment of major trauma or severe burns.[3]

5. Total parenteral nutrition or complex intravenous therapy.[4]

6. Complex diagnostic imaging[5] and metabolic/endocrine problems.

7. Acute and chronic renal failure.[6]

8. Treatment of psychiatric illnesses where appropriate management can only be provided in regional and provincial centres.[7]

For additional information see Guidelines for Special Services in Hospitals in the following areas:

1 Perinatal Intensive Care Unit

2 Cardiovascular Services in Hospitals

3 Burn Unit

4 Total Parenteral Nutrition

5 Nuclear Medicine, Diagnostic Ultrasound, Computed Tomography

6 Regional Renal Failure Program

7 Child and Adolescent Psychiatric Services

2.3 Parent Participation and "Living In"

There have been important changes in the environment of pediatric units, the most striking of which are the increased involvement of the family in the care of the child, and programs to support the developmental and psychological needs of children. Family involvement includes unlimited visiting by parents, sibling visiting and parent participation in care. Parent participation may vary from a supportive presence at the bedside to the carrying out of nursing care of the child under the supervision of a nurse. Parents are becoming increasingly aware of their options in this regard and at the time of admission it is important to advise them of the opportunities available to them to look after their child and to stay in the hospital. In this way, a definite plan of parent involvement for each child can be developed between the family and the nursing staff. Assistance and counselling must be made available to parents having difficulties in coping with the unfamiliar situation.

Some specific approaches include:

- 24-hour-a-day visiting;
- parent rooming-in and participating as fully as possible in the care of the child when they wish to;
- care-by-parent unit where the parent continues to take care of the child under direction of nursing staff;
- parent support, where the parent involvement is largely in the form of emotional support.

Parents should be able to participate in care of their child by accompanying the child to various tests and investigations, and by being with the child during induction of anaesthesia, in recovery rooms, and during various ambulatory procedures.

Provision for continued parenting in hospital should include:

- sleeping space;
- consideration of the emotional needs of the parents. A quiet room is needed for distressed parents.

See references 11 and 19 for a more comprehensive coverage of parent participation, and section 2.5, pages 81-82, for additional information concerning space requirements.

2.4 Palliative Care[1]

From time to time general hospitals will be required to provide care to a terminally ill child and his/her family. To provide the best possible care various factors must be considered and each hospital must determine how it will best deal with the special problems which the death of a child creates for the family and for the hospital staff who are involved. Terminally ill children have the same general needs as other children at a comparable developmental stage. In addition, the dying child has needs unique to his/her situation which must be understood and dealt with by health care staff. Experience has shown that a combination of in-home care[2] and hospital care is often desirable and that staff who have had the

---

1 See Palliative Care Services in General Hospitals. Guidelines for Special Services in Hospitals, Department of National Health and Welfare, 1981.

2 Martinson, Ida Marie, Home Care for the Dying Child; Professional and Family Perspectives, Appleton, Century, Crofts, New York, 1976.

opportunity to prepare personally to provide terminal, or palliative care, and who have on-going support themselves, provide the best care and support to the child and the family. It is highly desirable to have the same staff assigned to the care of the child for each admission in the terminal phase of an illness.

Hospitals need to plan for support of the family following the death of a child.

3. POLICIES AND PROCEDURES

The hospital should develop and make available to all staff involved in child care a policy and procedure manual which is current and which reflects the special care requirements of children receiving ambulatory or inpatient care. The hospital should ensure that all staff involved in the care of children are familiar with its contents.

All hospital policies should be reviewed for their applicability to pediatric patients. Areas which require specific policy statements are described below.

3.1 Admission, Bed Assignment and Discharge

The decision to admit a child or adolescent must take into consideration appropriate alternate methods of care. An alternative, such as a home care program, may be more beneficial to the child and the family and could result in cost savings.

Bed Assignment

In order to ensure that each pediatric patient receives the most appropriate care, bed assignments should be made in consultation with the unit staff and should take into account:

- availability of beds;
- availability of nursing staff;
- health problem and level of care. e.g., isolation;
- age and developmental level of the patient;
- anticipated family involvement in care;
- anticipated length of stay;
- cultural background.

Since grouping patients by age more appropriately meets social, emotional and developmental needs of children it is recommended that:

- all younger patients should be located in the pediatric unit except in exceptional circumstances, such as when the child requires intensive care, for example following cardiac surgery or neurosurgery, or where there is hospitalization of more than one family member;

- adolescents be cared for in a special unit or area designed to support their needs. If a separate adolescent unit is not practical, these patients should nonetheless be grouped together. Some general hospitals have found it beneficial to allow older adolescents a choice of locations in the hospital;

- special individualized arrangements be made for older adolescents or young adults falling within special clinical populations e.g. cystic fibrosis, Turner's Syndrome, dwarfism, meningomylocele, and non-operative cardiac conditions. Improved diagnosis and treatment is enabling many patients with these types of chronic conditions to survive into adulthood. It is likely that in the next

two decades their life expectancy will continue to increase. Special arrangements will therefore be required for these patients to cover the transition period between specialized services for children and specialized services for adults.

Preparation for Admission, Surgery and Other Procedures

Prepared books and pamphlets explaining the hospital/unit should be provided to parents and the child prior to or at the time of admission. Information in the pamphlet should include:

- what to tell the child about the hospital;
- what to bring to the hospital;
- visiting policy;
- overnight accommodations available for parents;
- how to make telephone inquiries;
- hospital facilities and regulations for parking, T.V.'s, telephones, gift shop, smoking policy, food service and support departments.

Hospitals should encourage pre-admission tours of the pediatric unit(s) for children and their families who will be electively admitted. Some hospitals prefer to offer a preparation tour for groups of children who are to be admitted.

Children who will undergo surgery and/or some test or treatment such as catheterization, lumbar puncture or a gastrointestinal series should be psychologically prepared. Various methods can be employed to prepare children of different ages: printed material (brochures); tours (for example Intensive Care) for a child who is to have open heart surgery; books; dolls and puppets; role-playing equipment and clothing; films, slides

and pictures; and one-to-one explanations at the time of the event. The same techniques can be used to "debrief" children following surgery, procedures or emergency admissions.

In order to complete pre-admission documentation and to check on the health of the child, admitting staff should contact the families of all children requiring elective admission prior to their arrival at the hospital.

At Time of Admission

To minimize psychological trauma and possible delay in receiving care that are sometimes experienced when going through admitting procedures, hospitals should consider the possibility of having patients admitted directly to the pediatric unit. Admission information could be obtained by having the admitting department clerk seek the information from the parent on the unit or by having the parent visit the admitting department following admission of their child to the unit. If this approach is not feasible, and the child and parent must visit the admitting department prior to going to the unit, the admitting department staff must be child sensitive. Whatever approach is used, it is essential that provision be made, in admitting routines for children, for all legal aspects to be covered. For example, consent forms must be signed by the authorized parent before he/she leaves the premises.

On arrival at the pediatric unit:

- the child and the parents should be welcomed to the unit by the ward clerk or nurse and escorted to his/her room;

- the nurse should explain the admission procedure to the child and the parent(s);

- the nurse assigned to the child's care should seek information about the child's past, present and potential health problems and the child's usual behaviour and coping patterns by observing and interviewing the child and the parent(s);

- the assessment must include both physical and psychosocial needs;

- the child and the parent(s) should be orientated to the unit/hospital environment, routines and expectations. Orientation should include:

  introduction to roomate(s);
  meal times;
  visiting policy;
  smoking policy;
  telephone policy - specific telephone(s) should be reserved for children's use;
  physical environment - bathrooms, playroom, family room, kitchen;
  planning with parents for their participation in their child's care;
  advising parents and children of avenues available to them for expressing concerns/problems.

In addition to the medical history and orders there must be a current, individualized patient care plan for both inpatient and ambulatory patients that includes both the child and the family. For children with complex or long-term problems, multidisciplinary conferences should be held for the purpose of planning and coordinating care.

Discharge Planning

In addition to the normal hospital discharge policies, particular attention should be paid to the following:

- whenever possible, the physician, nurse or ward clerk should notify the parents, or appropriate agency, of the intention to discharge the child;

- prior to discharge the nurse must ensure that the parents have received, and that they understand, oral/written instructions regarding follow-up care;

- when the plan is for the parents to provide care to their child following discharge home:

  the parents must be thoroughly instructed in the care to be provided and must have the opportunity for supervised practice in hospital;
  appropriate referrals to community services must be completed.

  The nurse responsible for the child's discharge procedures must document:

  the child's condition on discharge, such as the child's health status, and absence of injury;
  to whom the child is discharged.

In normal circumstances, a child should not be released to anyone other than the parents or legal guardian. When the parents or guardian wish to arrange for another individual to collect the child, they should ensure that the person is a responsible individual and should give him/her written permission to take responsibility for the child.

Release Against Advice of Physician

Policies are needed to define responses to a parent wishing to remove their child without the consent of the physician. The policies should cover the following areas:

- notification of the physician in charge;
- investigation of situations where it is deemed hazardous for the child to be released, such as the child's state of health, and suspected cases of child abuse. Appropriate legal assistance may be required in these circumstances to safeguard the child;
- investigation of legal guardianship in cases where it is known there is a custodial battle between the parents;
- investigation of circumstances where a parent wishes to remove the child, but the child wishes to stay.

3.2 Appointment System for Ambulatory Care

Appointments for various ambulatory diagnostic services should be coordinated, thereby ensuring that the child is not exposed to lengthy waiting periods between services.

3.3 Beds and Cribs

Children should be assigned to a bed or a crib following consultation with the parent(s) to determine the usual practice at home. Generally speaking, unless a child's diagnosis, behaviour level, or practice at home warrants otherwise, children over three years of age should not be placed in cribs.

3.4 Child Abuse

Children who are victims of child abuse or neglect[1] may first be identified in emergency units, clinics or hospital units. Therefore,

---

1 "Child Abuse and Neglect" encompasses at least physical abuse, sexual abuse (sexual assault and incest), emotional deprivation and nutritional deprivation.

every hospital shall have a known, written, and readily available policy for the identification and treatment of such children, including how the statutory obligations, which exist in all provinces, to report children who may be in need of care and protection to the appropriate child welfare authorities, are to be effected in each hospital.

The policy of the hospital should clearly state at least the following:

- a summary of relevant provincial legislation, including the legal protection afforded to hospital personnel and physicians making reports in good faith;
- the legal (and moral) responsibilities of all hospital employees and medical personnel to identify and report suspected child abuse or neglect;

- the documentation which is required in such cases, including written descriptions of injuries, photographs and x-rays;

- the medical and social investigations which are a) required and b) desirable in such cases;
- the methods to be used in reporting such cases.

Large general hospitals may establish a child abuse team which, in liaison with community agencies, will assume responsibility for:

- making a detailed family assessment;
- providing or recommending appropriate medical and psycho-social treatment;
- being the major liaison between the hospital and child welfare, police, and courts;
- developing a program of continuing education for hospital staff;

- promoting hospital-based and/or community programs to prevent child abuse and neglect (e.g., development of high-risk criteria and providing additional in-home support services);
- promoting hospital-based and/or community programs of treatment for parents (psychiatric care; parent effectiveness programs; support to self-help groups such as 'Parents in Crisis').

Smaller hospitals should identify one or more individuals experienced in this area of work who may assume all or some of these functions in liaison with community agencies.

3.5 Communicable Disease Prevention

Because of the frequency with which infections and contagious illness complicate the hospitalization of children, adequate facilities for minimizing the spread of infection must be provided. This is important not only in the inpatient unit but in the ambulatory areas as well. It is especially important in the protection of children who may be immuno-suppressed either by treatment or illness.

A room should be available on the floor for screening admissions if this is not done before the patient arrives at the unit. Rooms in the unit should be constructed so that effective isolation can take place on the floor. These should have separate toilet and washing facilities, a separate sink for staff hand-washing, and separate storage for clean and contaminated linen.

Facilities also may be provided for reverse isolation for protection of immuno-compromised patients.

3.6 Consent[1]

The whole subject of consents for children, and especially for adolescents can be problematical. While the parent or guardian can sign consent for medical service to young children, all children capable of understanding should have procedures explained to them and careful consideration given to their expressed wishes with regard to their care.

For adolescents, there is no established age of consent. Age of majority, which varies from province to province, has often been confused with age of consent. The hospital act of the province may identify age and conditions of consent. These acts may be mistakenly considered to override other legal and moral considerations as well. Too often needed medical services are not available to adolescents because of misunderstandings about the issue of consent. Also, at times, adults may be given authority to consent for care of the adolescent without due regard for the wishes of the adolescent.

In the absence of an established age of consent, it is suggested that a minor can contract for health care if the young person is capable of understanding and appreciating the nature and consequences of the health care. The paramount consideration should be the welfare of the minor. It is suggested that even if the guardian is available to sign consent, the adolescent who is a minor should also sign consent for treatment or for release of information.

---

1 See also "Proposals for Consent of Minors to Health Care Act." Saskatchewan Law Reform Commission, 1980.

3.7 Fire

Evacuation procedures for children in the event of a fire should be outlined.

3.8 Medication

For policies applying to medication, see Pharmacy Services page 62.

3.9 OR/Anaesthesia

Policies concerning OR and Anaesthesia are covered in the following sections:

Surgical and Anaesthesia Services pages 47-49.
Special Services pages 27-28.

3.10 Passes

Children should, whenever feasible, be given passes from the hospital for the purpose of:

- easing the stress of hospitalization and separation by allowing the child to go home or for outings if the health problem and plan of care allows this;

- providing a trial period at home in anticipation of discharge in order to allow the child and parents to adjust to the plan for care at home.

3.11 Quality Assurance

In addition to professional practice standards, every hospital should strive to develop a method for the evaluation of the quality of patient services both for inpatient and ambulatory care.

3.12 Referral and Follow-up

It is imperative that established patterns for close liaison be maintained with community services. Communication and cooperation with the Department of Health and public health nursing staff is essential. Close cooperation and communication must be maintained with Departments of Social Services (or Children's Aid Societies) especially in the area of child abuse and neglect. Liaison is also necessary with other community organizations such as schools, visiting nurse organizations, mental health clinics and with the family physician.

3.13 Release of Information

The consent of the parent (and child depending on level of comprehension) should be obtained before releasing information concerning the condition of the child.

3.14 Restraints

Restraints should only be used in exceptional cases where a child's behaviour level makes it necessary for his/her safety. There should be identification of which members of the unit staff can authorize the use of restraints. The reasons for their use should be recorded on the patient's progress notes.

3.15 Safety and Accident Prevention

As accidents are the greatest threat to children, particular care must be paid to safety and accident prevention in the hospital setting. Safety features in design are outlined in Section 2.2 and 2.3 of Chapter IV on pages 78 and 79.

3.16 Smoking, Alcohol and Non-Medical Use of Drugs

Policies on smoking, drug and alcohol use for patients and visitors should be outlined.

3.17 Students

See section on Student Education, page 60.

3.18 Transfers

All patients being transferred to another hospital must be accompanied by all pertinent information, including the total plan of care. In order to facilitate a smooth transition for the child to the new environment, it is sometimes necessary to have him/her accompanied by a staff member known to the child where indicated.

3.19 Translation

See section on Cultural and Linguistic Services, page 57.

3.20 Visiting

Hospitals often have a general visiting policy, stating hours and the number of people who can visit at any one time. However, the following must be taken into account with respect to pediatrics:

- The visiting policy for parents should have no restrictions except where there are medical or legal reasons for limitations. Parents should be encouraged to visit their hospitalized child.

- Siblings should be allowed to visit a hospitalized brother or sister.

- Families should be able to visit as families when possible and not be necessarily bound by a "two people at a time" rule.

- Hospitals may want to require that younger children under a certain age (eg. 12) be accompanied by an adult. It is important that adolescents have reasonable opportunity to visit, as peer contact is so important for this age group.

3.21 Volunteers

See Section 20, pages 69 and 70.

III SERVICES, DEPARTMENTS AND PROGRAMS

In the preamble we have indicated that for some hospitals, the attainment of the services identified is a goal to be worked toward. In the following section a wide range of services, departments and programs, which together promote and assure good pediatric care, are described. In addition, The Guide to Hospital Accreditation[1] should be referred to for further information on many of the services covered.

Each general hospital must determine how it will meet the identified needs of child and adolescent patients, whether by "in-house" staff; by contracts for service, or by consultation with large hospital and/or community services. The determinants for the general hospital will be:

- the volume and complexity of pediatric care required by the community served;
- the presence (or absence) of community health and social service programs;
- the priority attached to the development of pediatric care in the context of total planning for and by the institution;
- the fiscal and/or personnel resources available.

Where it is unlikely that a general hospital could afford and/or recruit specific professional expertise, suggestions have been made as to how hospitals can ensure availability of needed services for child and adolescent patients and their families.

---

1 Guide to Hospital Accreditation, 1977 Canadian Council on Hospital Accreditation, Toronto, Ontario.

1. Medical and Surgical Services

1.1 Head of Service

Each hospital offering child and adolescent services shall designate a Head of Service who will assume responsibility for the standard of pediatric care within the hospital. The Head of Service should preferably hold Fellowship or Certification in Pediatrics of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada or the Professional Corporation of Physicians of Quebec. However, demonstrated interest, skills and concern on the part of any physician would represent a reasonable qualification for such an appointment. In a non-departmentalized hospital a physician should be made responsible for the pediatric service.

The Head of Service shall be given authority by the Medical Staff to make decisions and to act in emergency situations not covered by a written hospital policy for the benefit of the patient.

The Head of Service has the responsibility of developing a list of situations where mandatory consultation is necessary between family practitioners, surgeons and attending staff pediatricians, for example, seriously ill patients, diagnosis in doubt, and malignancies.

The Head of Service shall ensure that there should be a pediatrician on call at all times for every regional referral centre and, when possible, for every emergency department providing pediatric care. Where there is no pediatrician available a plan for pediatric consultation by telephone, or other telecommunications media or transfer to regional or provincial referral centre must exist.

Each Head of Service has a responsibility to ensure that planned teaching programs are offered to all personnel participating in care of children. He/she would also assume responsibility for ensuring that appropriate referral arrangements for care exist.

1.2 Medical Services

The medical staff of the pediatric department will vary tremendously from level A Service, in which the only physicians may be family practitioners, to level D Service, in which a full supply of pediatricians, subspecialists and other consulting medical personnel, and interns and residents may be available. The name of the physician directly responsible for the care of their child should be made known to all personnel and parents.

1. Pediatricians - should be certified by the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada or the Professional Corporation of Physicians of Quebec. Pediatric subspecialists may have an additional specialty certificate, a certificate of special competence or training and experience.

2. Family Practitioners - spend much time with pediatric patients and will therefore be involved with their care in the pediatric department of the general hospital. In many small communities specialist pediatric services may not be available and the family physician will have to assume this care. When the pediatric unit is run solely by family physicians, arrangements should be made for suitably qualified pediatric consultants from nearby communities to assist and advise in more complex problems beyond the expertise and experience of the available staff.

There should be liaison and involvement of both family physicians and pediatricians at administrative levels to achieve the best possible patient care. Ongoing educational rounds and activities should be encouraged and should involve community and specialist pediatricians.

3. Psychiatrists - Psychiatric service should be available either as an in-hospital service or referral service. In Level D and in some Level C hospitals the services of a child psychiatrist would be available. In all instances some formalized system of consultation with the most appropriately qualified psychiatrist must be set up for both inpatient and ambulatory patients.

4. Subspecialists - Services of specialists in cardiology, neurology, hematology, dermatology, endocrinology, radiation-oncology, gastro-enterology and nephrology may be available in Level D and C hospitals depending on the services offered. In all instances if services are not available they should be on a referral basis.

5. Interns and Residents - Generally an organized teaching program with residents and interns enhances the level of care given to pediatric patients. The services of these physicians are especially valuable in the care of seriously ill patients or those needing intensive care.

1.3 Surgical and Anaesthetic Services

Consideration of the range of services to be offered by a hospital should be based on the community demand, demographic considerations and the skilled personnel either available or who can reasonably be recruited.

In general, surgical care to newborns, infants or young children should not be offered unless a Royal College or Corporation certified Surgeon and Anaesthetist with particular training and experience in the care of infants and children are available for the diagnosis, assessment of risk, operation and post operative management. In the absence of such skills the designated surgeon of the hospital responsible for surgery shall have the authority to insist on referral to a centre where such competence exists.

Surgery of infants, newborns and young children requires the immediate 24-hour availability of hematologic, biochemical, radiologic and blood gas determinations. In the absence of such services surgery should not be attempted regardless of the qualifications of the attending physicians. Referral to a unit offering such services should be mandatory (except in the most urgent circumstances).

It is recommended that operations for tumors should only be undertaken where the services of an anatomical pathologist and the facilities for performing frozen sections are available.

Day surgery programs[1] should be developed wherever practicable. Day surgery is a program comprised of pre-admission workup and counselling, performance of procedures and operations in a unit in which patients are admitted and discharged on the same day. Such a service shall have an organized and post operative system whereby home service, both by telephone and visiting is available when needed.

---

1. See also Day Surgery Unit, Guidelines for Establishing Special Services in Hospitals, Department of National Health and Welfare, 1982.

2. Nursing Services

2.1 Background

In a general hospital, care of children and adolescents warrants a different consideration from care of adults because:

- children are grouped in the unit because of age rather than type of health problem or level of care;
- separation from family may mean that the child turns instead to the nursing staff for social, emotional and psychological support;
- developmental and dependency needs of children continue in hospital;
- various aspects of care require more nursing input due to the child's developmental level and the need to involve parents and significant other persons in the care of the child, eg. patient teaching.

2.2 Staffing Principles

- Wherever possible in smaller units and without exception in larger units, nursing care of children should be assigned only to nurses experienced in the care of children.
- In order to provide care to children of various ethnic and cultural backgrounds, consideration should be given to drawing at least a portion of the total pediatric nursing staff from these groups.
- Each pediatric unit should function under the leadership of a nurse whose education and experience prepares him/her in clinical and management skills.
- A registered nurse, competent to care for pediatric patients must be present on each shift for each unit.

- Staffing at all times must be adequate to provide supervision and observation. This requires a continuous assessment of the numbers and categories of staff needed.
- Given the same level of care required, the nurse-patient ratio is higher for children than adult care and higher for infants than older children.
- Nurse-patient ratios related to the different shifts are dependent on the level of care required and on the peaks and valleys in care requirements throughout the 24-hour period.
- The Registered Nurse/Qualified Nursing Assistant ratio will vary with the level of care required and on the functions fulfilled by each category of nurse within the particular institution and jurisdiction.
- Clinical Nurse Specialists provide an important resource in the areas of patient care, education and research for patients, families and staff. Hospitals providing care to children having complex and diverse needs should have access to these individuals.

2.3 Staff Training

All nursing staff should be selected for qualities that will enable them to work successfully with children and their families.

Registered nurses working with children must be licensed to practise in the appropriate jurisdiction.

Qualified Nursing Assistants should be graduates of approved educational programs and must be licensed to practise in the appropriate jurisdication. They work under the direction of a Registered Nurse and within the confines of their Act.

Clinical Nurse Specialists must have competence gained through education and experience in the clinical specialty of pediatric nursing.

2.4 Inpatient Care

The ill child has limited ability to cope in an environment which is foreign to him/her and many patient-care functions are provided by other support departments. By the establishment of a trusting and supportive relationship with an assigned nurse, the stress on the patient and his/her family, created by having to relate to so many different people, can be significantly reduced. Thus continuity of nurse contact is the most important consideration in planning patient assignments for nursing staff.

Nurse staffing must include consideration of:

- age mix of patients on the unit;
- levels of care;
- physical design of the unit;
- system of delivery of nursing care;
- support services to the unit.

The goals for pediatric care can only be realized by providing the appropriate numbers and mix (RN, Qualified N.A., aide) of staff on each shift. The determination of such numbers and mix is a problem for all nursing departments, but particularly so in pediatrics since consideration must include the complexity of health care needs, child dependency and parent involvement.

The solutions to this problem are not obvious and many institutions continue to determine staffing requirements by intuition. While this approach may often be successful, nursing professionals have an increasing responsibility to rationalize staffing needs and to

relate these to the resources available. The old system of determining the nurse-patient ratio is now being replaced by more sophisticated methods of determining workload.

Where nurse staffing is still being determined by using nurse-patient ratios, the following may serve as a general guide:

Intensive Care:

A nurse-patient ratio of 1:1 to 1:2 is a common range.

Infants/children who are acutely ill and whose condition is unstable require constant skilled nursing care and medical management.

Intermediate Care:

A nurse-patient ratio of 1:2 to 1:3 is a common range.

Infants/children who are recovering from the immediate effects of an operation or serious illness, or those who are moderately ill and require diagnostic and treatment procedures or those receiving palliative care require skilled nursing care and observation throughout the 24-hour period. These patients are dependent on nurses and other staff to initiate, supervise and perform most of their activities.

Minimal Care:

A nurse-patient ratio of 1:3 to 1:5 is a common range.

Children whose condition has stabilized and who are convalescing from illness or surgery need infrequent medical and nursing supervision and interventions. This level includes

patients awaiting elective surgery and older children having infrequent diagnostic tests or treatments.

Infants requiring normal newborn care:
A nurse-patient ratio of 1:5 to 1:6 is a common range.

Note:
It is important to remember that nurse-patient ratios cannot be used without consideration being given to levels of care since this influences the numbers and categories of staff required.

2.5 Ambulatory Care

All the nursing guidelines defined in 2.1 to 2.3 above have equal application to ambulatory care areas.

In addition, nursing staff involved in the various components that comprise ambulatory care should be knowledgeable and skilled in their respective areas of service. Where appropriate, for example in emergency, this will include competency in resuscitation and life-support measures, knowledge and skill in stabilization for transport and special skill in communication and patient teaching.

The advantages to patient care that result from continuity of care can be fostered by the case method of patient assignment in ambulatory settings.

3. Child Life Services

Recent research indicates that stimulation and play are not frivolous matters but actual needs of children. Play and stimulation are critical for optimal development. If children cannot play, either because of too little or too much stimulation

or because of physical limitations or psychological inability (e.g., fear), the consequences may include the following:

- depression, leading to physical and emotional health problems (disturbances in eating, sleeping, body temperature; extreme crying; listlessness; stereotypic behaviour);
- impaired or retarded growth, development and learning, e.g., atrophy of cells and muscles; inhibition of language development; limited cognitive development or
- stress and disorientation leading to physical and emotional health problems.

Recognition of these issues have been alluded to in the preamble. Important changes in the philosophy of caring for children in hospitals have emerged in recent decades, one of which has been the creation and development of Child Life programs.

All hospitals with pediatric units should have Child Life programs.* Child Life programs in health care settings strive to promote optimum development of children, adolescents and families, to maintain normal living patterns and to minimize psychological trauma by providing opportunities for play, learning, self-expression, family involvement and peer contact interaction.

---

* The existing names for such programs include the following: Child Life, Children's Activities, Play Therapy, Recreation, Therapeutic Play, Pediatric Play, Activity Therapy, and Child Development. The professional personnel are referred to as: child life specialists, play therapists, play specialists, child life workers, recreation workers, recreational therapists, child life teachers, and volunteers with some training. The Association for the Care of Children's Health, in 1980, decided to refer to such programs as child life programs, and to the professionals as child life specialists. Also see Guidelines for the Development of Child Life Programs and "Child Life Activity Study Section Position paper" - Association for the Care of Children's Health.

These programs should be available to pediatric outpatients as well as inpatients. Although the impact of a hospital encounter for a child in the outpatient department or emergency may be felt to be less than for the child who stays overnight, visits to Emergency can be very stressful, and familiar play materials and activities can help to offset the strange and sudden nature of the encounter. Waits are common in ambulatory care settings, but they do not seem as long when children are playing. Play can be an antidote for both boredom and pain and parents tend to feel more comfortable and less anxious when they see their children playing.

The above observations could be applied to in-patients as well and could be added to the following additional benefits of Child Life programs for inpatients:

- Infants can be exposed to appropriate levels of visual, auditory, tactile and kinaesthetic stimulation.

- Toddlers and preschoolers will find the hospital less strange if they can play with familiar things and play out familiar roles. Supervised play provides a safe outlet for their natural energies and assists the child in working out upsetting experiences through the emotionally safer medium of play.

- School-aged children and adolescents can express their concerns and confusions through talking, playing and creative activities. Play provides these children with a sense of autonomy and independence. Child Life programs provide a setting for children to interact with other children, thereby giving each other much-needed companionship and support - contact with peers is especially part of being an adolescent and part of the way in which adolescents deal with problems and feelings.

Staff

- Child Life staff should form a separate unit and be directly responsible to Administration and, within Administration, to the person most responsible for patient services. Child Life staff should be viewed as integral members of the health care team.

- Child Life staff should have a thorough grasp of child growth and development, child psychology, the significance and techniques of various types of play and creative expression, and the impact of hospitalization and illness on children and their families. This knowledge would usually be acquired at the community college or university level.

- Hospitals should aim to have enough Child Life services to provide basic program coverage for all children, not only during weekdays, but also on weekends, evenings and statutory holidays. If very few staff are available, priority should be given to children under five years of age and other children with special needs.

- In smaller units, where Child Life staff are often not available, it is important to have mechanisms to incorporate play and stimulation into the care of the children.

4. Cultural and Linguistic Services

It is incumbent on general hospitals providing care to children to identify the needs that are brought about through geographical, cultural and linguistic factors of the children and their families. Such programs would include:

- interpreter services in order to provide adequate explanation/teaching;
- cultural awareness education for hospital staff;
- consultation with these groups when planning inpatient and outpatient programs.

More and more Canadian hospitals are recognizing the need for services in this area and are employing a variety of means to meet the need. For example, in some parts of the country hospitals providing care for Indian and Inuit people have hired people from these groups to serve as liaison workers.

5. Dental Services[1]

Dental services for children should be available to patients attending general hospitals. The principal need is for elective dental procedures under anaesthesia usually performed on a day surgery basis. Such services are required for children with emotional problems, mental retardation, cerebral palsy, hearing impairment, etc., who are usually unable to cooperate within the office setting. Other services include dental consultation with other health professionals based in the hospital, for example dental consultation with a surgeon carrying out facial surgery where dental expertise may be required, and the provision of emergency dental services. These latter services may be developed in cooperation with the local dental profession.

6. Dietetic Services

An initial history from parents should include the child's normal routine, including eating patterns, likes and dislikes or allergies to particular foods and normal eating times.

It is also important to learn if the child has any special cultural needs, and staff should discuss with the parents the type and quantity of food that can be brought from the home with respect to the child's condition.

---

1 See also Dental Care Units in Hospitals, 1978, prepared by the Working Group on Special Services in Hospitals.

Other factors affecting child and adolescent dietetic services are as follows:

- A diet manual should be available stating nutritional guidelines for each age group and which would include basic and special diets and would follow Canada's Food Guide for all groups.
- All children old enough to express a preference should be offered a menu choice and allowed a reasonable freedom in both the amount and kind of food they wish to eat.
- Verbal consultation and written instructions must be available for children being discharged on special diets.
- Mothers should be encouraged to continue breastfeeding infants who may have to be hospitalized unless the child's condition contra-indicates this.[1]
- Parents and older children should be encouraged to take responsibility for entering amounts and type of food and fluid taken. An intake sheet should be left at the bedside for this purpose.
- Babies should always be held when being bottle fed.
- There should be policies for preparation and storage of formula.

Parents should be encouraged to be with their children at mealtimes. However, if the patient is unable to have his/her meals with parent(s), mealtime should simulate eating with the family. All children who are not confined to bed should be encouraged to eat in the company of other children at a table of a suitable size for the child's age and development. Supervision and assistance must be provided for all pre-adolescents during mealtime. Meals should be appropriate for the child's age and development.

---

1 See also Statement on Infant and Child Feeding, WHO, Geneva, Switzerland, October 1979.

7. Educational Programs

Continuing Education

All staff should be expected to update their knowledge and skills by attending case conferences, seminars and post-graduate courses where appropriate. Staff should have ready access to library services, reference material and audiovisual aids.

Staff development should also be made available to personnel from other areas of the hospital who are dealing with children and their families. Provision should be made for orientation, inservice education and continuing education programs utilizing appropriate expertise from each discipline as required.

Student Education

Students from the various disciplines such as medicine, nursing and other health professions are often assigned to pediatric units in the hospital. A written plan of agreement or contract should exist between the hospital and the educational institution. Students should be provided with an orientation program and should be supervised by their own instructors or assigned to a member of the hospital staff.

Examination of the child for teaching purposes should be controlled, and patient conferences should not take place at the child's bedside.

8. Laboratory Services[1]

Micro methods must be available to laboratories serving a pediatric population. There should be coordination of the collection of specimens to

---

1 See also Guidelines for the appropriate use of medical laboratory services in Canada, October 1979, Health Services Directorate, Department of National Health and Welfare.

avoid unnecessary invasion of the child. Technicians collecting specimens should be sensitive to the needs of the child.

9. Occupational Therapy Services

Occupational therapy services should be available to all child and adolescent patients as required. Provision should be made for Occupational Therapists to make and properly fit required splints andother aids needed following surgery and/or trauma. Occupational Therapists, working as part of the multidisciplinary team, will assist in making detailed assessments of physical, mental, and perceptual difficulties.

Hospitals that do not have an Occupational Therapist on staff should consider an established referral pattern for children who require this service and should also consider the possibility of sharing this service with others in the region.

10. Pastoral Services

The provision of appropriate pastoral services for children and adolescents will best be achieved when it is seen that in many cases the patient is the family and the child and not the child alone. The support given to families and at times to staff members of the Pediatric Unit by the hospital pastoral services often indirectly benefits the child. Children will be comforted by a visit from the family's own minister or pastoral counsellor if they know that person well and he/she is seen as a friend of the family. It should be noted, however, that not all ministers are comfortable in ministering to children. The age level, severity of the illness, and the availability of personnel necessitate quite different approaches to pastoral care to children. Ongoing consultation involving pediatric staff, family members, and the pastoral services of the hospital is desired in order that appropriate pastoral care be available.

In general the CCHA guideline for Pastoral Services contained in the Guide to Hospital Accreditation (1977) would also apply to Pastoral Services for Children. However, the more recent (1978) CCHA Guide to Accreditation of Long-Term Care Centres updates this Guide in that it recognizes new directions in Pastoral Services such as the "lay visitor", and the importance of the role of the clergy in "children's centres".

11. Pharmacy Services

The hospital pharmacy committee, with representation from the pediatric medical staff, should determine the items and dosages or strengths of medications to be regularly stocked and available in the pharmacy for the treatment of children.

A current Compendium of Pharmaceutical Specialties and a pediatric pharmacopea should be available. Updated pharmacy bulletins should also be accessible.

Appropriate arrangements should be made for provision of drugs, chemicals, biologicals, and solutions to be available on the unit in appropriate strengths for children.

In addition, there should be written policy on the following and other aspects of pharmaceutical services for children:

- appropriate checking of all drugs;
- aerosol administration;
- identification of personnel responsible for dispensing drugs outside of pharmacy hours;
- pre-op medication doses;
- a formula for calculating divided doses, and for double checking of calculated doses;
- volume of intramuscular injections to be given in single injections according to size of child;
- intravenous drugs - strength and toxicity;
- role of the pharmacist as a resource to the community regarding pediatric medication;

- telephone contact between children's hospital and the regional centre;
- special precautions regarding dosage of narcotics and mixed solutions.

12. Physiotherapy Services

Every hospital providing pediatric care should be able to make physiotherapy services available for pre and post-operative treatments, and for rehabilitation following surgery and/or trauma. For long-term conditions, such as neurological or chronic respiratory problems, which may require intermittent periods of hospital care (in-patient or outpatient) the physiotherapist may provide specialized treatments, teach the patient and/or parent procedures for home care, or arrange referral to appropriate services/centres.

In addition to being qualified according to the regulations of the appropriate provincial regulatory bodies or institution, previous training and experience in pediatric physiotherapy is desirable.

13. Prosthetic and Orthotic Services

These services may be required by children in hospital and, except in major referral centres, are unlikely to be available within the hospital. Therefore, a mechanism should be established by each hospital for ensuring that these services are made readily available to those children who need them.

14. Psychology Services

Psychology services should provide assessment and ongoing treatment services to inpatient and ambulatory patients either within the setting or by an established referral pattern to outside services. Psychology services will be available via mental health services, school systems, and sometimes as part of regional health services, depending on local organization patterns. Level D hospitals will

usually have psychology services either as a specific service or as part of the mental health services.

Psychologists should be clinically trained and have experience in working with children. They should be at the Ph.D. level or work under supervision of a clinically trained Ph.D. psychologist, and where necessary be appropriately registered.

Psychology services must have an established liaison with psychiatric and other medical services for consultation.

15. Radiology Services

All radiographs must be performed by a qualified Medical Radiation Technologist.

Technologists performing examinations on children should be knowledgeable in the special needs for child radiography, such as special anatomy, optimum techniques with shortest possible exposures, child handling and restraint methods, proper protective shielding and collimation.

All staff should be sensitive to child and parent anxieties and other special needs. The environment can be enhanced by decorations appropriate for children to attract attention and provide a common basis for discussion.

16. Respiratory Technology Services[1]

A qualified respiratory technologist should be able to set up, administer and maintain the service under medical direction.

---

1. See also Respiratory Technology Service/Unit Guidelines, 1978, prepared by the Working Group on Special Services in Hospitals.

Respiratory problems are a major cause for admission of children to hospital. It is, therefore, particularly important that the physician responsible for the service and the respiratory technologists understand the special physiological and psychological requirements of children.

The hospital procedure and policy manuals must reflect the special requirements of children. Equipment should include child-sized masks, nebulizers, tracheostomy tubes and other equipment essential to the satisfactory care of children of various ages.

Additional/special instruction must be provided to the nursing staff so that they may recognize problems as they occur, adjust equipment in the absence of the technologist and supervise the replenishment of consumable items such as oxygen or aerosol medications. When 24-hour respiratory technology coverage is not available, other staff should be provided with instruction in procedures required by children on a continual basis.

Respiratory technology service should be available on site and/or on call in levels C and D.

There should be close coordination between the respiratory technology and the physiotherapy departments.

17. School Programs

Hospitals with pediatric units have the responsibility of ensuring that schooling is available for all school-aged patients. A number of organizational options can be employed to meet this need, and hospitals should use whichever option best serves the pediatric population taking factors such as usual number of school-aged patients and the average length of stay into consideration. Hospitals cannot presume that the responsibility to ensure continued schooling will be assumed by parents or by the child's regular school because (1)

some parents conclude that their child is not able to do schoolwork because of illness; (2) teachers are often unaware of a child's hospitalization or expected length of stay; and (3) in referral hospitals, the child may be significantly geographically removed from the regular school system.

Organizational Options

Full-time teachers should be employed in situations where there are several school-aged patients in hospital for a week or longer. Children with chronic conditions who may be hospitalized for only a few days, but admitted on a number of occasions, also need schooling available in hospital; their cumulative absence from school can be considerable.

Funding for full-time, hospital-based teachers may come from provincial government grants or from municipal school boards.

Hospitals with large pediatric units should have permanent hospital-based teachers, while smaller hospitals may opt for visiting teachers from the local school board who come into the hospital to tutor.

Small units without full-time teaching staff should develop some type of system for arranging for schoolwork that can be applied as soon as a child is admitted for a prolonged hospital stay (e.g., for certain fractures, burns).

In smaller units, where the need for school programming fluctuates a great deal, there are a number of possibilities:

- encourage parents to take an active part in the child's education;

- invite the child's regular teacher(s) to come into the hospital to help;

- have special volunteers (perhaps ex-teachers) who can be assigned to individuals who need help;

- make arrangements with a local teacher-training institution (if there is one) to have education students tutor children who need help;

- senior high school students could do special volunteer work as "after-school tutors".

Characteristics of Good Hospital-Based School Programs

- A hospital school program should be designed so that all school-aged children can attend. There should be no minimum length-of-stay qualifying time period.

- At least some portion of the school program should operate year-round to provide extra help and tutoring for those children who need remedial work (e.g., children with chronic illnesses who may have missed a lot of school studies).

- Teachers, whether they be employees of the hospital or of a school board, need to be familiar with the dynamics of the pediatric unit(s) and the regular communication channels with other departments.

- If teachers are provided by the local school system, someone in the hospital should be designated as a contact person to be responsible for orientation and to deal with problems or requests that may arise.

- Teachers and the school program need to be flexible. In hospitals schedules change, medical treatments and procedures often must take priority over school and/or play activities, and children's conditions often change quickly.

Teachers should work closely with doctors and nurses and other staff when necessary or appropriate. They should also consult with the child's regular teacher to ensure integration of studies.

18. Social Work Services

The educational requirement for a social worker employed in a pediatric area will be according to provincial licensing requirements. In larger departments, or in special programs, graduates of community college social work courses might be used in carrying out specific tasks of a co-ordinating and supportive nature, under the supervision of the social worker with a B.S.W. or M.S.W.

Social work services should be available to all hospitalized children, adolescents, and their families as required. Hospital levels B, C, and D should have hospital-based social workers. Level A hospitals may have a hospital-based social worker or make arrangements with local staff of provincial child welfare departments and/or family service agencies for consultation and referral services.

A professionally trained social worker can provide services and bring expertise to the pediatric department in special areas such as:

- work to reduce conflict where the best interests of child and its family are not compatible. May be required to act as an advocate for the family's needs;
- can assume a major role in child abuse team, including assessment, treatment, liaison, and staff development[1];

---

1 See also section Child Abuse pages 37-39.

- interpretation of differing backgrounds, standards and expectations, particularly in regard to parenting, to hospital staff;
- recommendation of and referral to appropriate community resources for children and their families;
- promotion of the development of community resources in response to lacks identified in the pediatric department;
- facilitating adoptions, foster home placements and admission to rehabilitation and long-term care hospitals.

19. Speech Pathology and Audiology Services[1]

Each hospital providing pediatric care should establish a mechanism for ensuring that language and speech assessments, parental counselling regarding speech and language, and therapy and audiological services can be provided to children who need them. The speech pathologist may also be providing service to adult patients in the hospital and where several hospitals exist in one geographical area the shared use of one therapist should be explored.

20. Volunteer Services

Volunteers can provide supplementary services that extend and support the services of staff on the unit or in ambulatory settings, including the emergency unit. Volunteers are at present being used by hospitals in many programs for carrying out services such as feeding, tutoring and reading to children, as surrogate parent and as escorts. They can also be an understanding and interested friend who can give the child and the parents a feeling of security in a stressful new environment.

---

1 See also Clinical Guidelines in Language-Speech Pathology and Audiology, 1980, Health Services Directorate, Department of National Health and Welfare.

The volunteer has a responsibility to follow the policies and procedures of the hospital, to be discreet and careful with information about the children and to be dependable.

The hospital has a responsibility to provide an orientation program that introduces the volunteer to the hospital, to the particular tasks, and to whom he/she is responsible.[1]

Volunteers, like any staff member selected to work with children, should be selected for their knowledge of and experience with children and their ability to work sensitively with the child, the family, and professional staff.

Volunteers should be responsible to an identified person such as a Director of Volunteers or the Head Nurse of the Unit, and should receive daily direction and guidance from a permanent staff member.

---

1 General Guidelines on Administering Volunteer Services are available from the Ontario Association Directors of Hospital Volunteer Services, 150 Ferrand Drive, Toronto.

IV SPACE ALLOCATION, UTILIZATION AND SPECIAL DESIGN FEATURES[1,2]

1. AMBULATORY FACILITIES

Ambulatory facilities must be appropriate to the anticipated type and volume of patients and the functional and teaching aspects of the unit.

The following guidelines outline the necessary components for a pediatric ambulatory program:

A Reception/Waiting Area[3]

There may be a large central registration area servicing the whole hospital ambulatory program where all records are filled out and stored.

Space should be large enough to accommodate parents, relatives and siblings who frequently accompany the patient. There should be an area for play suitably equipped to keep waiting children occupied and happy.

Examination Rooms and Consulting Offices

The number of examination rooms and consulting offices needs to be assessed on the proven or estimated volume of patient visits, the teaching

---

1. Opinions on design information may be obtained from other sources including: Design Consideration for Special Care Units in Hospitals, Health Facilities Design Division, Health Services Directorate, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare Canada, 1978.

2. For definitions of net and gross areas please refer to: Floor Area Measurement for Health Facilities, Health Facilities Design Division, Health Services Directorate, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare, 1978.

3. See Section 1.1 pages 21-23.

function of the department and the number of pediatricians who will be geographically full-time or part-time in hospital. If Well Baby Clinics, multidisciplinary clinics such as Cleft Lip and Palate Clinics and other specialty clinics are considered, then provision of space for these services must be planned for. Rooms must be adequate in size, well lighted and have seating space for at least two people in addition to the patient and the physician.

Treatment Rooms

A treatment room of approximately 18.6 m^2 (200 square feet) is required. It should be equipped with a storage cabinet or cupboards with adequate supplies such as lumbar puncture sets, suture sets, intubation equipment, syringes and needles. There should be outlets for oxygen and suction. An overhead adjustable focusing light is required. Wall-mounted x-ray view screens should be built in. There should be a sink in the treatment room and in all examination rooms.

Utility and Janitor Rooms and Other Support Facilities

Small separate utility rooms for clean and soiled supplies and for janitorial cleaning equipment are necessary.

Washrooms

Washrooms should be available for patients and their parents. Washrooms should be accessible by wheelchair and a variety of toilet aids such as potties and potty chairs should be available. Areas for diaper changing should be available. Staff washrooms are also required if they are not available in an area close at hand.

Secretarial

Space for secretaries will be required if the department is to perform an administrative function or if a pediatrician is conducting a practice from this area.

Conference and Classroom

A conference/classroom is required for patient conferences and for students assigned to the ambulatory facility.

2. INPATIENT FACILITIES

The needs of children and adolescents differ from those for adults. It is a misconception to presume that because children are smaller than adults they will need less space. In fact, a greater amount of space will be required to accommodate such activities as parent participation in care, nursing care, play with, and between children, and ambulation.

The following factors, specific to pediatric care, will influence space utilization and design features:

- Patient bed and crib assignment is complicated by a need for a combination of beds and cribs that constantly varies; therefore rooms must be large enough to accommodate either beds or cribs.
- The need for visualization of patients by nursing staff is increased in pediatric care.
- Rooms should be large enough to allow ambulation space for the children and areas for parents to remain with the child and to allow for privacy for the family.
- Recreational playroom and school facilities will be required to meet the developmental needs of the different age groupings.
- There is a need for more isolation facilities than in adult wards due to a higher incidence of contagious disease among children and because

of the greater susceptibility of certain pediatric patients to contagious diseases, for example, those taking immuno-suppressive drugs.

- Higher nurse staffing complements and a greater number of trainees result in the need for more space for charting areas, treatment rooms, locker rooms, consultation areas, conference and teaching space.
- Patient-parent education activities require interview and/or parent counselling rooms.
- Strollers, playpens and tricycles are a part of the everyday environment of children and storage space will be needed for this equipment.
- There is a increased need for attention to safety precautions and accident prevention.

The entrance to the hospital and route to the pediatric unit should be designed in such a way that the child has minimal contact with sick or injured adult patients.

The unit immediately adjacent to the pediatric unit should be of such designation as to allow flexibility of teenage admissions to either unit depending upon census need and patients' need.

Whenever possible, services for obstetrics, neonatology and pediatrics should be located in the same general area.

The unit should have reasonable access to outside play areas.

2.1 Facilities on the Unit

Nurse's station

The nurse's station should be located as centrally as possible to reduce problems of travel and surveillance. Adequate space is required for staff and trainees to chart. Reception counters should be low enough for

children to see staff and vice-versa.

Medication room

The Medication Storage and Preparation room should be located near to or in the nurse's station so that it is under supervisory control. Safety precautions are needed on a Pediatric Unit as patients may ingest substances if left unattended. The pharmacy dispensing system will determine the type and size of room. The medication room should have a refrigerator reserved for "drugs" only. There should be enough space for two people and the door should be lockable.

Patient rooms

One and two-bed rooms give optimal flexibility to provide for difference in age, degree of illness, isolation and parent accommodation. Four-bed rooms are of most limited use.

The general facilities must be designed for children. Patient rooms should include space for storage of toys, a display board for children to display cards and drawings, and lockers with adjustable racks to enable children to take care of their own clothes.

Each bed space should be equipped with oxygen and suction outlets, telephone jacks and cable T.V. outlets.

Bedroom doors should be wide enough to accommodate beds, cribs, wheelchairs, special appliances, and special stretchers. Hardware on bathroom doors in rooms used by patients should allow the doors to be unlocked and opened outward in cases of emergencies.

Nourishment facilities

Nourishment facilities should be so located as to allow for supervision and ready availability of between-meal feedings. Space sufficient to hold a day's supply of formula must be provided. The type of storage space for commercially prepared formula should be in accordance with supplier's and public health recommendations. Refrigeration supplied must include standard refrigeration temperature for milk and juices and frozen temperature for ice-cream and popsicles.

- A nutritional centre with a refrigerator, heating element and sink should be part of the unit in order to have fluids and snacks available at all times.
- Mealtime should stimulate eating with the family. Tables suitable for small groups of children, trays, bed-tables, etc. should be available. A dining area on the ward is desirable wherever possible, with tables for parents and children.

Utility and Janitor's rooms

Additional safety features must be included to prevent young ambulant patients from access to harmful solutions or supplies.

Treatment room

Adequate space is required to accommodate the staff and parents necessary to perform procedures, provide comfort and safety to the patient, and to carry out teaching activities.

Additional storage space will be needed for treatment trays. An emergency cart with equipment and supplies in sizes and doses to meet the needs of children of all ages

serviced in the unit should be placed in the most accessible central location.

Multi-purpose room

One or two rooms should be provided to serve as interview rooms for: taking medical history of patient and family; parent counselling; general discussion of child's condition with parents; teaching of parents or explaining discharge instructions.

Head Nurse's Office

There is a need for a Head Nurse's office.

Conference/class rooms

Space is required for orientation and continuing education of staff on the unit; multi-disciplinary patient care conferences; change of shift report; and instruction and informal discussion between students and faculty.

Additional space will be needed to allow students to observe or participate in specified functions, such as charting and medicine preparation, without interfering with the efficiency of the work environment.

Linen space

Adequate space should be made available for supplies to meet the needs of patients of different age ranges. This means linen for different size beds as well as bed attire and patient clothing. Patients should be allowed to wear their own clothing when feasible. Laundry facilities, such as a washer and a dryer, should be considered for laundering children's personal clothing.

Bath, shower and toilet facilities

A toilet and sink in each patient's room is desirable, but it is essential that there be at least one sink in each room. The number of showers and tubs will vary with the number and types of patients. Small children are used to tubs, adolescents often prefer showers. Sinks should be adequate in design and number for staff handwashing. Foot or knee pedal operating mechanisms are preferable. Some toilets and sinks should be lower than those for adults; potties and pottychairs should also be available.

Parents'/Visitors' waiting area

Adequate space should be provided for parents and visitors depending upon size of unit.

Storage space

Adequate storage space for usual pediatric equipment, which will include space for feeding tables/chairs, strollers, playpens, and beds for parents. Also sufficient space is required for the storage of cribs and beds for ready exchange as census needs change.

2.2 Physical Design

The entrance to all pediatric areas should be attractive and welcoming. Furnishings should be in appealing colours. Rooms should be clearly labelled with numbers and symbols such as animal/flower motifs. Long corriders should be avoided and all corridors should be equipped with handrails. Sharp edges on furniture should be avoided.

The design should allow for nursing staff to have optimal observation of patients, while

at the same time meeting the privacy needs of patients and parents. Rooms for seriously-ill children or infants should be next to the nurse's station.

Windows should be low enough so that children can see out and should be equipped with safety devices.

Soundproofing of the unit is desirable. The decor should contribute to a home-like environment. Colour and texture of materials should be selected with the following considerations: soft, cheerful colours, able to withstand wear and tear by children and cleaning agents used for infection control. Pictures and signage should be positive. Carpeting should be used wherever feasible. Plants should be a part of the unit, but plants with toxic properties should be avoided.

Lighting needs for children are similar to those of adult units and consideration should be given to lighting for the following needs: general illumination, physician examining light, night light, reading light for each patient.

2.3 Safety

Safety features required because of the age of the patients include: thermostatically controlled hot water system (controls for the bath tubs should be on the wall, out of reach of a child); patient-safe electrical systems (switches and plugs for critical equipment and room lighting out of reach of children); security monitoring system (exit doors and fire exits should be equipped with alarm systems).

Patient call systems should be designed for easy use by the pediatric patient.

2.4 Location and Design of Play Space

Play spaces for inpatients should be located within or adjacent to pediatric units. Close proximity to the unit and nursing station facilitates communication and easy access to children for members of the health care team. If the play space is part of or close to the unit, then, for young children, it is part of a familiar place in an unfamiliar building and can serve to reduce fear. Experience has shown that playrooms within sight of nursing stations are more likely to be used by children with parents and volunteers at times when a Child Life staff is not present. This may be an important consideration if a Child Life Program is not adequately staffed to cover evenings, weekends and holidays.

Play space in the outpatient clinic should be within sight and hearing of the reception desk. If the play space is in another room, there should be a two-way communication system between the play space and the booking desk; otherwise parents would be reluctant to use it, being afraid of "missing their turn".

The design of play spaces should incorporate doors wide enough and floor space sufficient to accommodate the following: a number of children in beds and wheelchairs as well as ambulatory patients; storage space for play materials and craft supplies; movable furniture so that defined play areas can be created and dismantled as needs arise; space to display children's work; access to water; a two-way communication system with the closest nursing station; windows to hallways.

It is advisable, wherever possible, to have separate play spaces for the following age groupings: infants; toddlers and preschoolers; school-age children, and adolescents. The

activity levels and play styles of children of different ages are quite unique and trying to accommodate all needs simultaneously in one space is almost impossible. If different spaces are not possible, then some scheduling and/or adaptation of the space should be arranged so that the needs of each age group can be met.

Separate space for "school" does exist in some hospitals, whereas others use a multi-purpose room on the unit or the playroom for a defined period of time.

Outdoor play spaces should include the following: shade; variations in terrain and surfaces - e.g. small hills, grass, water, sand and also paved areas for children in wheel-chairs and beds; storage space; access to water and a patient bathroom; two-way communication with the indoors (all pediatric nursing stations and Emergency).

2.5 Parental Involvement

Space and design features should allow for a parent to be involved with the child's care over a 24-hour period, with consideration given to the needs of the individual child and parents.

Sleeping space for parents can be provided in a number of different ways such as:

- facility to sleep in patient's room, either by providing a chair bed or cot or in a single room by using a second bed if the room is large enough;
- using a double room and providing a full-size adult bed;
- providing a parents' overnight room on the unit;

- facility design incorporating a bed as part of a window seat. Storage space is provided below and padded cushions on top for seating space.

Additional facilities must also be provided, such as privacy for washing, washrooms and showers, change areas for preparing for bed, and lounge areas for relaxing away from the sick child.

The emotional needs of parents must also be considered. A private room is needed for distressed parents.

V. EQUIPMENT[1]

The type of equipment should be determined by demonstrated clinical needs and staff competent to provide safe, reliable and efficient operation. The availability of servicing should be a prime consideration when selecting equipment. Equipment should be available in all sizes, from newborn to adult.

1. SPECIAL EQUIPMENT FOR CHILD AND ADULT RESUSCITATION AND MONITORING

Resuscitation equipment and drugs are best assembled in wheeled emergency carts or portable ("crash carts") boxes.

General equipment

- defibrillator (cardiac) with pediatric paddles and adult paddles;
- electrocardiograph, portable;
- monitor, cardiac or direct-writing electrocardiograph;
- oxygen supply, portable tank and/or wall with valve -humidified, warmed;
- vacuum, suction, portable and/or wall suction with valve and catch bottle;
- infusion pump.

C.P.R. equipment and supplies

In addition to standard C.P.R. equipment and supplies:

- laryngoscopes (with handle, extra batteries, and bulbs)
  Straight blades no. 0,1 & 2. Curved blades no. 1, 2, 3;
- endotracheal tubes with connections:
  Uncuffed 2.0, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 5.5 mm

---

1. Lists of standard equipment are available in many of the references listed on pages 87, 88.

Cuffed 6.0 mm to 8.0 mm.
Stylets for endotracheal tubes;

- McGill forceps - pediatric and adult;
- airways: No. 000, 00, 1, 2, 3, 4;
- suction catheters sized 6, 8, 10, 12;
- mucus trap;
- tonsil suction tip - adult and pediatric;
- hand resuscitation bags - pediatric and adult;
- infant, pediatric and adult 100% O_2 bags;
- anesthesia masks - premature, infant, child and adult;
- full range of syringes and needles, including spinal needles;
- nasogastric tubes, 5 Fr., 8Fr., 10 Fr., and 12 Fr.

Drugs for Resuscitation and Emergency Treatment

Drugs and systemic solutions required for resuscitation and emergency treatment should be readily available and should include:

- Cardiac drugs
- Respiratory drugs
- Anti-convulsant drugs
- Stimulant drugs
- Depressant drugs
- Clotting and anti-clotting agents
- Emetic and anti-emetic drugs
- Ionic solutions

All such drugs and solutions should be available in appropriate strengths for each age group and should be clearly labelled to indicate the strength and the route of administration. Each hospital should have a current authorized list of required pediatric emergency drugs and systemic solutions. The list should be used to check the emergency drug supply on a regular basis.

2. PLAY AND SCHOOL EQUIPMENT AND MATERIALS

A yearly budget should be established for the purchase of equipment and materials to carry out a wide variety of activities for a variety of age

groups. Toys, games and equipment should be carefully selected with the principal features being safety, durability and flexibility (serving more than one play purpose). (See Appendix I for basic list).

- Donations of toys should be encouraged but all donations should be very carefully screened to ensure that they meet the hospital's standards of safety and suitability.
- Equipment and material for the outpatient clinic and emergency should be especially durable and washable. Large toys or toys with large pieces are particularly recommended.
- A special supply of toys and equipment should be developed for children in isolation - e.g. toys that can be sterilized without losing their appeal or disintegrating.
- Arrangements should be made with the provincial Departments of Education to have at least one copy of all the regularly-used school texts on hand for patients who do not bring their own books.

SELECTED REFERENCES

1. Alcock, Denise. (ed.). Preparation for Hospitalization. Ottawa: Canadian Institute of Child Health, 1979.

2. Azarnoff, P. and Flegal, S. A Pediatric Play Program. Springfield: Charles C. Thomas, 1975.

3. Canadian Institute of Child Health. Care of Children in Health Care Settings: A Resource and Self-Evaluation Guide. Ottawa: Canadian Institute of Child Health, 1979.

4. Crocker, E. Hospitals Are For Learning. Halifax: Atlantic Institute of Education, 1975.

5. Crocker, E. (ed.). Play and Play Programs. Ottawa: Canadian Institute of Child Health, 1979.

6. Design Manual Paediatric Ambulatory Care Facilities. Prepared by the Canadian Paediatric Society Committee on Hospital Design, 1975.

7. Design Manual for Paediatric In-Patient Facilities in a General Hospital, Part I Paediatric Nursing Unit Facilities. Prepared by the Canadian Paediatric Society Committee on Hospital Design, 1971.

8. Gellert, E. Psychosocial Aspects of Pediatric Care. New York: Crune & Stratton, 1978.

9. Guide to Hospital Accreditation 1977. Canadian Council on Hospital Accreditation, Ottawa.

10. Guidelines for the Development of Child Life Activity Programs (1980) Association for the Care of Children's Health, Washington, D.C.

11. Hardgrove, C.B. and Dawson, R.B. Parents and Children in the Hospital: The Family's Role in Pediatrics. Boston: Little, Brown and Company, 1972.

12. Hospital Care of Children and Youth. Evanston, Illinois: American Academy of Pediatrics, 1978.

13. Lindheim, R.; Glaser, H.H. and Collin, C. Changing Hospital Environments for Children. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1972.

14. McCormick, R.M. and Gilson-Parkevich, T. Patient and Family Education: Tools, Techniques and Theory. New York: John Wiley and Sons, 1979.

15. Pediatrics Policy and Procedure Manual. The Catholic Hospital Association of the United States, Missouri, 63104, 1980.

16. Petrillo, M. and Sanger, S. Emotional Care of Hospitalized Children: An Environmental Approach. 2nd Edition. Toronto: J.B. Lippincott, 1980.

17. Preparing Children and Families for Health Care Encounters (1980) Association for the Care of Children's Health, Washington, D.C.

18. Psychosocial Policy Guidelines for Administration of Pediatric Health Care Facilities (1980) Association for the Care of Children's Health, Washington, D.C.

19. Robinson, G.C. and Clarke, H.F. The Hospital Care of Children: A Review of Contemporary Issues. New York: Oxford University Press, 1980.

20. Standard Nursing Care Plans. The Hospital for Sick Children, Toronto, 1979.

21. Steele, Shirley. Nursing Care of the Child With Long-Term Illness. 2nd Edition. New York: Appleton-Century-Crofts, 1977.

22. Thompson, R.H. and Stanford, G. Child Life in Hospitals. Springfield: Charles C. Thomas, 1981.

Additional information and publication lists are available from:

The Association for the Care of Children's Health
3615 Wisconsin Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20016
U.S.A.

This international association seeks to foster and promote the health care of children and families in health care settings by education, interdisciplinary interaction, and research. At present there are seven affiliates in Canada and membership is available to anyone working with children.

The Canadian Institute of Child Health
Suite 803, 410 Laurier Avenue West
Ottawa, Ontario
K1R 7I6

This national organization has, as one of its programs, information on care of children in hospitals.

DESCRIPTION OF THE CHILD AND ADOLESCENT POPULATION IN GENERAL HOSPITALS

Age and sex distribution

The age distribution of the child and adolescent hospital population (0-19 years) is seen in Table I. The 0-4 year age group (those most vulnerable to the psychological sequelae of hospitalization) is the most common age group in hospital. This group comprises 38% of the pediatric hospital population, compared with only 21% of the well child population.

TABLE I

AGE DISTRIBUTION OF THE PEDIATRIC HOSPITAL POPULATION IN CANADA, CASES AND DAYS PER SEPARATION, 1978

Age Group (Years)	Cases		Days Per Separation
	No.	%	
Under 1	110 594	14.10	7.5
1 - 4	189 851	24.20	5.2
5 - 14	253 749	32.35	5.2
15 - 19	230 256	29.35	5.9
0 - 19	784 450	100.00	5.7

The sex distribution of the child and adolescent hospital population is seen in Table II. The sex distribution indicates that males outnumber females in each age group, with the exception of the 15-19 year age group.

TABLE II

SEX DISTRIBUTION OF THE PEDIATRIC HOSPITAL POPULATION (0-19 YEARS) IN CANADA, BY CASES, 1978

Age (Years)	Total		Males		Females	
	Cases	%	Cases	%	Cases	%
Under 1	110 594	100.0	63 872	57.8	46 722	42.2
1 - 4	189 851	100.0	111 984	59.0	77 867	41.0
5 - 14	253 749	100.0	139 462	55.0	114 287	45.0
15 - 19	230 256	100.0	80 932	35.1	149 324	64.9
0 - 19	784 450	100.0	396 250	50.5	388 200	49.5

Source : Statistics Canada, "1978 Hospital Morbidity" (Catalogue 82-206)

Medical-surgical mix

The medical admissions predominate for both cases and days in the 0-4 age group, with a swing thereafter to the surgical admissions. For all pediatric age groups, surgical cases exceed the medical, but the latter utilize more hospital days than the former.

Diagnostic and operative profiles

The most common diagnostic groups for the child and adolescent hospital population are shown in Table III. Respiratory diseases followed by accidents, poisonings and violence, diseases of the digestive system, complications of pregnancy, infective and parasitic and diseases of the nervous system account for over three-quarters of the cases.[1]

TABLE III

MOST COMMON DIAGNOSTIC GROUPS FOR PEDIATRIC HOSPITAL POPULATION (0-19 YEARS) IN CANADA, 1978

	Number of Cases	% of Total Cases Separated
Diseases of the respiratory system	228 566	29.14
Accidents, poisonings, violence*	116 579	14.86
Diseases of the digestive system	64 941	8.28
Complications of pregnancy	60 995	7.78
Infective and parasitic diseases	59 470	7.58
Diseases of the nervous system	45 689	5.82
Other	208 210	26.54
Total	784 450	100.00

*Includes supplementary classifications

1 Statistics Canada, "1978 Surgical Procedures and Treatments" (Catalogue 82-208).

The most common operative groups for the child and adolescent inpatient hospital population are seen in Table IV. Otorhinolaryngology, orthopedic, abdominal, urological, plastic and ophthalmological surgery account for 69% of surgical procedures.

TABLE IV

MOST COMMON OPERATIVE GROUPS FOR PEDIATRIC INPATIENT HOSPITAL POPULATION IN CANADA, 1978

	Number of Cases	% of Total Cases Separated
Otorhinolaryngology	103 316	29.40
Orthopedic surgery	50 832	14.47
Abdominal	38 818	11.05
Urological	18 056	5.14
Plastic	18 718	5.33
Ophthalmology	11 410	3.25
Other	110 231	31.37
Total	351 381	100.00

Comparable Canadian statistics for day care surgery are not available.[1] The most common day care procedures performed in British Columbia are otorhinolaryngology, dental, plastic, orthopedic surgery and ophthalmological surgery and they account for nearly 80% of all procedures.

---

1 Day care surgery usually refers to a hospital service which allows admission and discharge on the day of surgery, which requires general anaesthesia, and which is reserved for elective operative procedures.

TABLE V

INCIDENCE OF PEDIATRIC HOSPITALIZATION
BY AGE GROUP, 1971, 1976 AND 1978 IN CANADA

Age Group (Years)	Cases/1000 Population			Days/1000 Population		
	1971	1976	1978	1971	1976	1978
Under 1	337.44	323.96	311.18	3 282.05	2 547.73	2 332.77
1 - 4	162.51	146.00	136.68	1 083.52	771.48	712.51
5 - 14	78.14	66.33	64.65	455.85	339.65	336.16
15 - 19	114.86	102.62	96.71	774.91	595.89	566.41
0 - 19	112.65	87.28	97.44	761.54	578.01	557.34

Sources: Populations used for calculation of rates - Statistics Canada, "1971 Census of Canada; Population - Single Years of Age" (Catalogue 92-716) and "1976 Census of Canada; Supplementary Bulletins: Geographic and Demographic; Singie Years of Age" (Catalogue 92-832).

Cases (separations) and days of care - Statistics Canada, "Hospital Morbidity 1971", "Hospital Morbidity 1976", and "Hospital Morbidity 1978" (Catalogue 82-206).

Utilization

The incidence rates(*) of pediatric hospitalization (0-19 years) in Canada, by age group, in the census years 1971, 1976 and 1978 are seen in Table V. The 0-4 age group has the highest rates.

The wide variation of incidence rates in the different provinces is seen in Table VI. The rise in rates between 1950 and 1978 in a number of the provinces is associated with many factors, including the availability of prepaid health insurance, an increase in the number of beds in many areas, the changing

---

* The incidence rate of hospitalization, by age group, for residents of a given area (usually school district) is a basic measure of utilization. It is referred to as cases or days per 1000 children resident in the area during one year. The term is commonly used in the description of inpatient hospitalization, but is rarely applied to ambulatory admissions.

TABLE VI

INCIDENCE OF PEDIATRIC HOSPITALIZATION* IN CANADA (CASES/1000 PEDIATRIC POPULATION), 1950-1978

	1950	1966	1971	1975	1978
Newfoundland	57	95	117	122	114
Maritimes**	102	101	121	122	118
Quebec	75	91	91	78	69
Ontario	115	108	103	99	94
Prairies***	126	149	161	148	135
British Columbia	139	130	114	98	99
Canada	-	111	112	105	97

* Data from Statistics Canada
** Prince Edward Island, Nova Scotia, New Brunswick
*** Alberta, Saskatchewan, Manitoba

pattern of practice reflecting in part advances in medical science. Within each province, there will be wide fluctuation in rates, with the urban rates being lower and the rural higher. There has been a steady decline in the incidence rates of pediatric hospitalization in both British Columbia and in Ontario, while other provinces have shown a rise until 1971 and a subsequent decline. This decline seems to be a general trend and probably reflects several factors, including the changing disabilities of childhood, decline in operative procedures such as tonsillectomies and availability of alternative care patterns. The rates in Newfoundland and the Maritimes have not yet declined, perhaps reflecting special geographical circumstances. It is reasonable to assume that the incidence rates in all provinces will gradually decline, perhaps to the level of 70 to 80 cases per 1000 and 400 days per 1000 pediatric population (0-19 years).

PLAY AND SCHOOL EQUIPMENT AND MATERIALS

Child Life Program

- Lapboards and adjustable easels for children in wheelchairs and beds
- Building and manipulation toys: blocks; puzzles (simple to complex); stacking and fitting toys; building toys; threading toys
- Arts and crafts supplies: paper (different types), paint, brushes, glue, crayons, fabric, wool, scissors, hobby kits, etc.
- Music materials: record player and records, tape recorder and tapes, rhythm instruments; radios; music boxes
- Games: board games (such as checkers, Scrabble), packs of cards, pingpong, pool, electronic games, darts (velcro), bean bag games
- Books
- Movies and film projector
- Messy materials: sand and water tables, clay, play dough
- Role-playing equipment: dollhouse; wooden stove, sink, refrigerator; dress-up clothes; puppets and dolls; medical equipment and clothing; toy telephone, cash register, dishes, etc.
- Active toys: cars, trucks, riding toys, balls
- Infant toys: rattles, squeeze toys, crib gyms, chewing toys
- Blackboard

- Outdoor Equipment:
  - Sand and water toys
  - Tables, benches
  - Balls
  - Safety swings
  - Low, wide slides
  - Low climbing equipment
  - Riding toys (including tricycles and wagons)
  - Mats, blankets (to spread on ground)
  - Sunhats, sunglasses
  - Strollers, carriages

Note: The budget allocated for equipment and materials must be large enough to (1) allow for the basic equipping of play spaces with large pieces of equipment (e.g. play stove and sink, easels, table and chairs, riding toys); (2) allow for regular replacement of craft supplies (e.g. paper, paint, scissors); and (3) allow for replacement of toys or books that are abused, break, are worn out or are taken home.

APPENDIX III

GUIDELINES FOR POLICIES AND PROCEDURES FOR SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

Guidelines for policies and procedures for special services in hospitals were formulated after a review of provincial, national and international information.

It is hoped that the following outline will serve as a guide for the development of more comprehensive and specific Special Services policies in order to ensure the most effective and efficient delivery of patient care in these units.

I. ROLE AND OBJECTIVES

A. Role and objectives of service in hospitals

B. Type of patients served:

- by diagnosis and/or severity of illness;
- restriction of service, if any (e.g. terminally-ill patients)

C. Services provided.

II. ORGANIZATION OF SERVICE

A. Governing Board responsibility.

B. Relationship to Administrator and Medical Staff.

C. Service management.

(i) Specific responsibilities of staff:

- Medical Director;
- other medical staff;
- nursing staff;
- other staff.

(ii) Committee

- membership to be defined by discipline and number;
- terms of reference to be defined;
- provision for consultation with appropriate hospital and medical staff;
- schedules for formal and ad hoc meetings.

III. POLICIES FOR OPERATION OF SERVICE

1. Admission authority by:
   - Medical Director;
   - assistant and resident physicians;
   - nursing supervisor of service.
2. Admission priorities by:
   - diagnostic category;
   - clinical condition.
3. Routine admission Standing Orders.
4. Emergency admission Standing Orders.
5. Length of stay by diagnosis.
6. Guidelines for transfer based on specific routine and emergency priorities.
7. Guidelines for discharge based on specific routine and emergency priorities.
8. Educational requirements of staff.
9. Provision for continuing education of staff.
10. Establishment and maintenance of appropriate patient records.

11. Emergency delegation of responsibility to medical, nursing and/or other staff.

12. Equipment maintenance and safety.

13. Continuing evaluation of effectiveness of service.

IV. PROCEDURES

1. Elective procedures: medical, nursing and other.

2. Emergency alert system procedures.

3. Medical record and statistical procedures.

4. Patient - visitor regulations.

APPENDIX IV

GUIDELINES FOR SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

The following guidelines have been prepared by the Federal-Provincial Sub-Committee on Special Services in Hospitals. These guidelines were requested by the Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Care Services, Ottawa. Some of the guidelines are updated versions of guidelines previously published by the Sub-Committee.

- Adult Psychiatric Services Provided by General Hospitals
- Burn Unit
- Cardiovascular Services in Hospitals:
  - Ambulatory Electrocardiography Monitoring
  - Cardiac Care
  - Cardiac Catheterization
  - Cardiac Surgery
  - Cardiovascular Nuclear Medicine
  - Cardiac Pacemaker
  - Cardiac Stress Testing
  - Echocardiography
  - Intermediate Cardiac Care
  - Non-Invasive Vascular Laboratories
  - Phonocardiography
- Child and Adolescent Services in General Hospitals
- Child and Adolescent Psychiatric Services Provided by General Hospitals
- Computed Tomography
- Dental Care Units in Hospitals
- Detoxication Unit
- Diabetic Day Care Unit
- Diagnostic Ultrasound Facilities in Hospitals
- Day Surgery Unit
- Emergency Units in Hospitals
- Geriatric Day Hospitals
- Geriatric Unit in a Hospital
- Intensive Care Unit
- Long Term Adult Institutional Care

Narcotic Addiction Treatment Unit
Nuclear Medicine in Hospitals
Palliative Care Services in Hospitals
Patient Hostel Unit
Perinatal Intensive Care Unit
Regional Renal Failure Program
Rehabilitation Medicine Unit
Respiratory Technology Service/Unit
Spinal Cord Injury Unit
Stroke Services
Total Parenteral Nutrition

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ SUR LES
SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPTTAUX

DIRECTIVES POUR L'ÉTABLISSEMENT DE NORMES
RÉGISSANT LES SERVICES SPÉCIAUX
DANS LES HÔPITAUX

SOINS POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

Direction des services de santé
Direction générale des services
et de la promotion de la santé

Publication autorisée par le
Ministère de la Santé nationale et
du Bien-être social
1982

Also available in English
under the title "Child and Adolescent
Services in General Hospitals"

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1983
N° de cat. H39-23/1983F
ISBN 0-662-91923-8

IMPORTANT

Les renseignements contenus dans ce guide étaient d'actualité au moment de leur publication. Il faut donc garder à l'esprit, lorsqu'on le consulte, que certains aspects des techniques utilisées en médecine changent rapidement. Si vous trouvez certaines données périmées dans ce texte, veuillez en informer:

M. Donald F. Moffatt
Directeur, Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

On peut obtenir d'autres exemplaires de ce guide à l'adresse ci-dessus.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
INTRODUCTION	ix
LISTE DES PARTICIPANTS	xiii
PRÉAMBULE	1
Principes de base	2
Évolution du rôle des hôpitaux	3
Conséquences pour les hôpitaux	4
Le processus de transformation	7
NORMES	
I **PLANIFICATION ET ORGANISATION DES SERVICES POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX**	8
1. PLANIFICATION RÉGIONALE	8
2. CLASSIFICATION DES SERVICES HOSPITALIERS	10
3. LE BESOIN DE PLANIFICATION	18
3.1 Éléments qui déterminent le besoin de services pour enfants et adolescents dans les hôpitaux généraux	18
3.2 Planification en prévision de l'avenir	20

PAGE

II MODALITÉS DE TRAITEMENT DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX 25

1. SOINS AMBULATOIRES 25

1.1 Philosophie et planification 25
1.2 Services d'urgence 29
1.3 Médecine de jour et consultation externe 31
1.4 Chirurgie de jour et consultation externe 32
1.5 Soins psychiatriques de jour, soins à domicile, hôtelleries, services de consultation mobiles et cliniques extra-muros 33

2. SOINS AUX MALADES HOSPITALISÉS 34

2.1 Services généraux 34
2.2 Services spéciaux 34
2.3 Participation et hébergement des parents 36
2.4 Soins palliatifs 38

3. POLITIQUES ET PROCÉDURES 39

3.1 Admission, assignation des lits et sortie 39
3.2 Système de rendez-vous pour les soins ambulatoires 47
3.3 Lits et berceaux 47
3.4 Enfants maltraités 48
3.5 Prévention des maladies contagieuses 50
3.6 Consentement 51
3.7 Incendie 52

PAGE

3.8 Médicaments 52
3.9 Salle d'opération et d'anesthésie 53
3.10 Laissez-passer 53
3.11 Contrôle de la qualité 53
3.12 Aiguillage et suivi des malades 54
3.13 Divulgation de renseignements 54
3.14 Entraves 54
3.15 Sécurité et prévention des accidents 54
3.16 Cigarettes, alcool et usage de drogues à des fins non médicales 55
3.17 Étudiants 55
3.18 Transferts 55
3.19 Traduction 55
3.20 Visites 55
3.21 Bénévoles 56

III SERVICES ET PROGRAMMES 57

1. SERVICES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX 58

2. SERVICE DE SOINS INFIRMIERS 64

3. MILIEU THÉRAPEUTIQUE DE L'ENFANCE 71

4. SERVICES CULTURELS ET LINGUISTIQUES 75

5. SOINS DENTAIRES 76

6. SERVICE DE DIÉTÉTIQUE 77

7. PROGRAMMES ÉDUCATIFS 78

PAGE

8. LABORATOIRE 80

9. SERVICE D'ERGOTHÉRAPIE 80

10. SERVICE DE LA PASTORALE 81

11. PHARMACIE 82

12. SERVICE DE PHYSIOTHÉRAPIE 83

13. SERVICE DE PROTHÈSES ET D'ORTHÈSES 84

14. SERVICE DE PSYCHOLOGIE 84

15. SERVICE DE RADIOLOGIE 85

16. SERVICE D'INHALOTHÉRAPIE 86

17. PROGRAMMES SCOLAIRES 87

18. SERVICES SOCIAL 90

19. SERVICES D'ORTHOPHONIE ET D'AUDIOLOGIE 92

20. SERVICES DE BÉNÉVOLES 92

IV RÉPARTITION ET UTILISATION DE L'ESPACE, CARACTÉRISTIQUES SPÉCIALES DU PLAN D'AMÉNAGEMENT 94

1. SOINS AMBULATOIRES 94

2. UNITÉ DE SOINS PÉDIATRIQUES 97

2.1 Éléments de l'unité de soins 99
2.2 Aménagement 104
2.3 Sécurité 105

PAGE

2.4 Emplacement et aménagement des salles de jeux 106

2.5 Participation des parents 108

V APPAREILLAGE 109

1. MATÉRIEL SPÉCIAL POUR LA RÉANIMATION ET LA SUIVEILLANCE DES ENFANTS ET DES ADULTES 110

2. ÉQUIPEMENT ET MATÉRIEL POUR LES ACTIVITÉS SCOLAIRES ET RÉCRÉATIVES 112

BIBLIOGRAPHIE 114

ANNEXES

Annexe I Description de la population d'enfants et d'adolescents des hôpitaux généraux 117

Annexe II Équipement et matériel pour les activités récréatives et scolaires Milieu thérapeutique de l'enfance 125

Annexe III Guide des politiques et des procédures à l'usage des services spéciaux dans les hôpitaux 127

Annexe IV Liste des guides régissant certains services spéciaux dans les hôpitaux 131

INTRODUCTION

Historique

Les progrès de la technologie de la santé et les changements apportés à la planification et à la prestation des soins de santé ont contribué à l'accroissement de la demande de services spécialisés dans les hôpitaux. Au cours des dernières décennies, l'évolution technologique rapide dans les domaines de l'électronique et de l'automatisation ainsi que l'application de nouvelles techniques de traitement des malades ont entraîné une augmentation sensible du nombre des installations et des services consacrés aux soins intensifs et spécialisés dans nos hôpitaux. Ces changements ont créé une demande d'installations matérielles, d'appareils spécialisés et de main-d'oeuvre sanitaire hautement qualifiée. À cause de cette situation, un besoin constant de critères et de normes s'est fait sentir, pour guider ceux qui ont la responsabilité de planifier, d'organiser et de diriger les services de soins spéciaux dans les hôpitaux.

Mandat

En 1972, les administrations responsables de la santé au Canada ont jugé qu'il fallait une orientation dans ce domaine. Aussi, le Comité consultatif de l'Assurance-hospitalisation a-t-il confié au Groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux le soin de créer des normes de service et d'aménagement pour un certain nombre d'établissements et d'unités qui dispensent des soins spécialisés.

Le Groupe de travail a élaboré des énoncés de normes pour 14 unités et services. Le tout a été publié en 1975 sous le titre "Guide des normes de planification, d'organisation et de gestion des unités de soins spéciaux dans les hôpitaux". Cet ouvrage a fait l'objet d'une large diffusion auprès des administrations sanitaires et hospitalières des provinces ainsi que des organismes de santé, tant à l'échelon national qu'international, et beaucoup l'ont adopté comme guide.

L'évolution constante des techniques de soins, actuelles ou récentes, et les changements qui interviennent dans le mode de prestation des soins, ont exigé une mise à jour des normes de 1975 et l'élaboration d'un certain nombre de directives applicables à d'autres secteurs. En mai 1982, le Comité consultatif fédéral-provincial des services en établissement et les services médicaux accorde au Groupe de travail un statut permanent comme sous-comité du Comité consultatif. Le nom du Groupe de travail a alors été changé à celui de Sous-comité des Services spéciaux dans les hôpitaux. On trouvera, à l'Annexe II, une liste complète des guides déjà publiés, ou en voie de préparation, par le Sous-comité.

Méthodologie

Les normes publiées en 1975 ont été élaborées à partir d'un ensemble d'informations, de connaissances, d'expériences et d'opinions de spécialistes, le tout émanant d'organismes et de spécialistes canadiens.

Les auteurs se sont inspirés, autant que possible, des directives élaborées au Canada et des sources autorisées. De façon générale, les gouvernements, les administrateurs d'hôpitaux et les spécialistes de la santé se sont montrés favorables a ce mode d'approche.

Cette nouvelle publication a été préparée selon la même méthode. En l'occurence, outre l'apport des instances provinciales, on a recueilli les avis pertinents de spécialistes de la santé, par l'entremise d'agents dûment désignés d'organisations sanitaires nationales représentant les activités propres à chaque service. Il est certain que des centaines de spécialistes, de chaque région du pays, ont ainsi apporté à ces directives le fruit de leur expérience, donnant de la sorte aux sujets traités un caractère reflétant un véritable consensus canadien.

Objectif proposé des directives

Les directives ne devront pas être considérées comme des normes rigides. Leur application pourrait

varier d'un endroit à un autre à travers le Canada et c'est à la province que revient la prérogative d'accepter, de modifier ou de rejeter ces directives selon ses propres priorités.

Le but de ces directives est de définir les exigences pour un certain nombre d'institutions et de services de soins spécialisés. Elles ne sont cependant pas conçues pour fournir des normes en matière de pratique clinique.

Quand la création d'une unité est projetée, ces directives aideront les planificateurs et les autorités gouvernementales en matière de santé à déterminer le besoin d'une telle unité et à évaluer l'impact qu'elle pourrait avoir sur les services existants et ceux à l'étude, aussi bien sur le plan local que régional. Des lacunes dans les services en place peuvent être détectées, et dans certains cas, comblées, sans que l'on soit pour autant dans l'obligation de créer une nouvelle unité.

Dans le cas où l'unité existe déjà dans l'hôpital, les directives permettront de résoudre des problèmes ayant trait à l'administration, au personnel, à l'appareillage et aux installations matérielles. Elles aideront également à déterminer les dispositions nécessaires à prendre pour corriger un problème défini, en se basant sur les besoins cliniques, les réalités fiscales et le degré suivant lequel une défectuosité quelconque dans les installations matérielles peut entraver le fonctionnement normal de l'unité.

Révisions à venir

En raison des changements rapides du domaine de la santé, les directives devront être révisées au besoin. Il est prévu que le Sous-comité continuera à assumer cette fonction.

Remerciements

Le Sous-comité présente ses remerciements les plus sincères aux professionnels de la santé du Canada qui l'ont assisté dans sa tâche. Il souligne avec gratitude l'énorme travail et le temps considérable que plusieurs d'entre eux ont consacré à préparer des textes et à fournir des avis éclairés pour l'élaboration de ces directives. De plus, il remercie les nombreux autres collaborateurs qui, d'autre façon ont secondé ses efforts par leurs conseils et les renseignements qu'ils ont soumis.

LISTE DES PARTICIPANTS

Le Sous-comité sur les services spéciaux dans les hôpitaux, chargé d'établir les directives nouvelles et les mises à jour contenues dans le présent volume était composé de:

M. Donald F. Moffat, président
Directeur, Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

M. Derek J. Beckley
Directeur
Direction de la planification des programmes
Services hospitaliers
Commission des services hospitaliers de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Mme Madeleine L. Côté
Chef, Section des services de santé en établissement
Division des services en établissement et services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Dr Maurice Héon
Professeur et directeur
Département de neurochirurgie de la faculté de Médecine de Sherbrooke
Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke
Sherbrooke (Québec)

Dr Gordon A. Judge
Directeur médical
The Toronto Western Hospital
Toronto (Ontario)

Mme Phyllis MacDonald
Agent des normes
Commission des services de santé du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

M. David L. Martin
Conseiller en administration de la santé
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Dr Hans H. Rubarth
Expert-conseil de l'administration
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Dr Robert Seaver
Conseiller principal en médecine
Direction consultative des programmes
Minitère de la Santé
Toronto (Ontario)

SECRÉTARIAT

Mme Janet Stow
Gestionnaire de projets
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Les directives concernant les soins des enfants et des adolescents dans les hôpitaux généraux ont été préparées à la demande du Sous-comité sur les services spéciaux dans les hôpitaux, par le groupe de travail suivant.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SERVICES AUX ENFANTS ET AUX ADOLESCENTS DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

M. Donald F. Moffatt, président
Directeur,
Services en établissement et
services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et
de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et
du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

M. Derek J. Beckley
Directeur
Direction de la planification des programmes
Services hospitalier
Alberta Hospitals and Medical Care
Edmonton (Alberta)

Mme Elizabeth Crocker
Directrice du programme "Child Life"
Hôpital Isaac Walton Killam pour enfants
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Dr F.W. DuVal
Medical Arts Building, pièce 1502
233, rue Kennedy
Winnipeg (Manitoba)

Dr Peter Kelly
Omnipraticien
6622, 20A Street S.E.
Calgary (Alberta)

Dr R.H. Lennox
Expert-conseil médical principal
Direction des services de santé
Direction générale des services et
de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et
du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Mlle Marie Lund
Assistante-administratice
The Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

Dr. R. Glen Macdonald
Chef du service de pédiatrie
Service de pédiatrie
Hôpital régional de Saint-Jean
Saint Jean (Nouveau-Brunswick)

Dr Roderick MacLeod
Chef, Youth Services in Psychiatry
Department of Psychiatry
University Hospital
Saskatoon (Saskatchewan)

Mlle Mary Elizabeth McKenzie
Chef des soins infirmiers spécialisés
Hôpital général de Saint-Boniface
Winnipeg (Manitoba)

Dr J.H. Murray
Directeur général adjoint
Conseil canadien d'agrément des hôpitaux
Ottawa (Ontario)

Mme Susan Okuda
Assistante-chef de service social
Royal Columbian Hospital
New Westminster (Colombie-Britannique)

Mme Shirley Post
Directrice générale
Institut canadien de la santé infantile
Ottawa (Ontario)

Dr G.C. Robinson
Professeur et chef
Division of Population Pediatric
Department of Paediatrics
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)

Mme Janet Stow
Agent de projets
Direction des services de santé
Direction générale des services et
de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et
du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

SERVICES AUX ENFANTS ET AUX ADOLESCENTS DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

PRÉAMBULE

La prestation des soins de santé aux enfants soulève des problèmes et des questions particulières. La maladie et l'hospitalisation peuvent provoquer une crise dans la vie de l'enfant et celle de sa famille. À l'hôpital, l'enfant est mis en contact avec un grand nombre de personnes, son environnement est nouveau et complexe, sa vie familiale et ses relations avec ses camarades sont interrompues, ses habitudes sont contrariées ce qui constitue souvent une source d'angoisse et il perd enfin un certain degré d'indépendance. Les hôpitaux doivent être conscients de ces problèmes et de la nécessité d'élaborer des programmes et des approches qui ne viseront pas seulement à satisfaire les besoins médicaux et chirurgicaux des malades, mais qui tenteront également de réduire la possibilité de traumatismes reliés à l'hospitalisation et de fournir aux enfants le milieu nécessaire à leur croissance et à leur développement.

L'hôpital constitue une importante ressource dans la gamme des services de santé disponibles aux enfants. Les normes définies dans ce guide tiennent compte de la responsabilité qu'ont les hôpitaux de subvenir aux besoins particuliers des enfants, des adolescents et de leurs familles et d'inciter les familles à participer à diverses activités des services hospitaliers.

Ce guide vise à aider les hôpitaux et les organismes de santé à planifier, à dispenser et à évaluer les soins nécessaires aux enfants et à leurs familles. Il s'adresse en particulier aux hôpitaux généraux, bien que nombre des principes énoncés s'appliquent à tout établissement de santé qui dispense des services aux enfants.

Dans le cas de certains hôpitaux, les services dont il est question représentent un objectif à atteindre. Le but des directives, c'est qu'elles contribuent à rentabiliser les soins pédiatriques et à en améliorer la qualité.

Principes de base

1. La population visée par ces directives englobe les enfants de tous âges, de la naissance jusqu'à la fin de l'adolescence. Elle comprend plusieurs sous-groupes, par exemple, le nouveau-né, le nourrisson, l'enfant d'âge préscolaire, l'enfant d'âge scolaire et l'adolescent. Les directives tiennent compte des exigences pour chacun de ces groupes.

2. Il faut toujours considérer l'enfant en fonction du stade de son développement. Les programmes et les politiques doivent être adaptés aux différents groupes d'âge.

3. Le "malade" est la cellule enfant-famille. Un bon traitement doit tenir compte des besoins de cette cellule.

4. Le concept de soins centrés sur la famille est fondamental. Il reconnaît l'importance du maintien des relations familiales et l'effet nocif de la séparation. Lorsque la famille n'est pas disponible, il est indispensable que les services y suppléent.

5. À l'intérieur de l'hôpital même, tous les enfants devraient être traités dans l'unité de pédiatrie. Il faut toutefois reconnaître que dans les petits hôpitaux communautaires, cette mesure peut difficilement s'appliquer. Néanmoins, les besoins particuliers de l'enfant malade et de sa famille devraient être respectés. Les services et les mesures de soutien

appropriés à l'âge de l'enfant et aux particularités de sa famille devraient être disponibles à quelque endroit où il se trouve durant son séjour à l'hôpital.

6. Les membres du personnel hospitalier en contact avec les enfants ont besoin d'une formation spéciale pour travailler avec les enfants et leur famille.

7. L'hôpital général est souvent le centre à partir duquel sont dispensés les services pédiatriques communautaires, directs et indirects.

8. L'efficacité et la continuité des soins ne peuvent être assurées que par l'établissement de liens et la coordination entre les programmes hospitaliers et communautaires.

Évolution du rôle des hôpitaux

Les diverses formes d'incapacité chez l'enfant influent sur le fonctionnement de l'hôpital moderne qui dispense les soins pédiatriques.

Le rôle traditionnel de l'hôpital dans le domaine des soins pédiatriques a toujours été de soigner les maladies aiguës et chroniques de l'enfance. Les progrès réalisés dans le domaine du traitement des maladies reliées à la nutrition et de la majorité des infections graves et chroniques de l'enfance ont fait que les principaux problèmes associés à la mortalité et à la morbidité infantiles sont désormais:

- les problèmes de développement dus à des facteurs héréditaires, prénatals ou périnataux,
- le traitement des maladies chroniques, par exemple la fibrose kystique et la leucémie,

- les troubles du comportement reliés au stress de la vie moderne,
- les traumatismes accidentels et volontaires.

Ces problèmes nécessitent une révision du rôle traditionnel du service de pédiatrie de l'hôpital. Alors que dans le passé un grand nombre des maladies étaient de nature épisodique, les causes de la morbidité nouvelle engendrent des effets à long terme, ce qui exige l'expansion des services ambulatoires et la présence de liens entre l'hôpital et les services communautaires afin d'assurer la continuité des soins. Par conséquent, les diagnostics des malades hospitalisés, (tableau III, page 119) ne décrivent pas tout à fait le profil des maladies dont souffrent les enfants.

Certaines autres transformations sociales se sont produites en même temps que ces changements et ont eu un impact important sur les services de santé. Citons par exemple: les programmes nationaux d'assurance santé; l'intérêt accru pour les droits des groupes minoritaires du point de vue culturel et économique; les nouvelles attentes des consommateurs en matière de soins; les transformations de la cellule familiale, par exemple les familles monoparentales et les familles où les deux parents travaillent; l'émergence d'un grand nombre de spécialistes dans le domaine de la santé; les coûts croissants des services de santé. Tous ces facteurs combinés ont profondément modifié le rôle de l'hôpital au sein de la communauté qu'il dessert.

Conséquences pour les hôpitaux

Les formes nouvelles d'incapacité chez les enfants et les priorités qui font surface dans le domaine de la prestation des soins ont d'importantes conséquences pour les hôpitaux qui dispensent des soins aux enfants.

Les politiques hospitalières devraient exiger que les plans d'aménagement tiennent compte de l'aspect social, organisationnel et environnemental afin de créer une atmosphère propice à l'application des principes suivants:

- Offrir aux enfants des possibilités de traitement qui remplaceraient l'hospitalisation traditionnelle, par exemple: soins médicaux et chirurgicaux de jour, hôtelleries et programmes modifiés de soins tels que services de soins à domicile et consultation externe. Ces services peuvent être dispensés en milieu hospitalier ou communautaire, mais ils doivent être bien intégrés de façon à assurer la continuité des soins. De tels programmes comportent des avantages d'ordre médical, psychologique et économique.

- Prendre les mesures nécessaires pour subvenir aux besoins des enfants sur le plan psychologique et sur celui du développement. Puisque l'enfant fait partie d'une famille, le traitement doit tenir compte de la nécessité d'assurer le maintien de la fonction familiale. Pour ce faire, il faudrait: inciter la famille à participer au traitement; permettre aux parents de visiter l'enfant en tout temps; encourager les visites des frères et des soeurs, de la famille et des amis; instaurer pour les enfants des programmes d'activités et des programmes qui permettraient de les préparer lorsqu'ils doivent être admis à l'hôpital ou y subir une intervention particulière.

- S'assurer les services de divers spécialistes de la santé pour répondre à tous les besoins du malade.

- Offrir un meilleur service aux enfants et aux adolescents en leur réservant des aires distinctes. Les adolescents ont besoin d'avoir

leur propre salle de récréation et de repos. Des dispositions spéciales doivent être prises dans le cas des enfants et des adolescents qui ne peuvent être admis à l'unité de pédiatrie parce que leur état requiert des soins spéciaux et qui sont traités ailleurs, par exemple, dans l'unité de soins aux brûlés, l'unité de soins intensifs ou l'unité de neurochirurgie. Le service de pédiatrie devrait continuer d'assurer le support de ces malades afin qu'ils reçoivent des services appropriés à leur âge.

- Reconnaître les besoins des parents, notamment, prévoir un horaire souple de rendez-vous, reconnaître leur droit à l'information en ce qui concerne les problèmes de santé particuliers de leur enfant et leur assurer des salles d'attente et des services alimentaires convenables. Ces exigences s'appliquent particulièrement aux parents des enfants dont l'état requiert des soins répétés. Il devrait exister des services de soutien pour donner à la famille qui doit s'occuper d'un enfant atteint d'infirmité ou de maladie chronique, la possibilité de se reposer.

- Établir ou encourager l'établissement de programmes d'enseignement qui aideront les familles, les malades et la communauté à faire face, de façon efficace, à des problèmes de santé précis.

- Prévoir dans tous les hôpitaux généraux des programmes de formation destinés aux membres du personnel qui sont en contact avec les enfants et les adolescents. Ces programmes devraient porter sur le développement de l'enfant et sur ses besoins, selon son âge. Tous les services directs, tels la radiologie et les laboratoires, et tous les services de soins des malades devraient accorder une attention spéciale aux besoins des enfants et des adolescents.

- Étant donné que l'hospitalisation d'un enfant est considérée comme une solution de dernier ressort, le personnel du service de pédiatrie de l'hôpital devra dans la plupart des cas:

  - donner des conseils concernant les autres méthodes de traitement,

  - offrir par l'intermédiaire de son personnel, des services de consultation pédiatrique avec la collaboration des organismes communautaires concernés, aux individus qui en ont besoin,

  - favoriser l'utilisation des ressources thérapeutiques communautaires et celles des services de consultation externe et encourager le développement de programmes communautaires et de services de soins à domicile,

  - analyser, par le biais d'un comité chargé d'évaluer le mode et la durée d'utilisation des services hospitaliers, la fréquence d'hospitalisation des enfants et la qualité des services médicaux et chirurgicaux, et s'efforcer de réduire la durée moyenne d'hospitalisation en développant des services de consultation externe,

  - encourager les professionnels des organismes communautaires à suivre leurs jeunes malades à l'hôpital et leur faciliter la tâche, reconnaissant qu'ils ont souvent une meilleure connaissance du milieu familial, des forces et faiblesses de la famille, et que le suivi du malade relèvera des organismes communautaires.

Le processus de transformation

Le personnel des hôpitaux et des organismes de santé communautaires qui prendra connaissance de ce guide reconnaîtra qu'il serait souhaitable

d'apporter des modifications de structure, d'organisation, de dotation en personnel ou de politique, mais qu'il est difficile d'apporter des changements à une structure établie, à plus forte raison lorsqu'il s'agit d'une structure complexe comme celle de l'hôpital. L'application de nouvelles politiques peut poser des problèmes au personnel; les médecins et les infirmières peuvent trouver difficile d'accepter que les parents et d'autres professionnels participent au traitement des enfants hospitalisés. Les parents de leur côté, peuvent ne pas être sûrs de ce qu'on attend d'eux en ce qui a trait aux soins à donner à leur enfant dans une unité de soins. Le défi est d'intégrer la contribution particulière des familles, des professionnels et des bénévoles afin de répondre aux besoins affectifs et sociaux des malades de même qu'à leurs besoins en matière de soins médicaux et chirurgicaux.

NORMES

I PLANIFICATION ET ORGANISATION DES SERVICES POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

1. PLANIFICATION RÉGIONALE

La régionalisation des soins de santé dispensés aux enfants vise à assurer la prestation des services de santé sur une base géographique. Ce concept peut englober les soins hospitaliers (soins aigus et soins prolongés) et les services communautaires (médecine privée, programmes pour les enfants d'âge préscolaire, programmes scolaires et programme de santé mentale), bien que, le plus souvent, ces derniers soient organisés séparément. Le plan régional

permet de déterminer les besoins particuliers des enfants, des adolescents et de leur famille suivant les données démographiques, culturelles et géographiques (région urbaine et rurale). Les services et les installations sont ensuite établis en vue de desservir la région géographique donnée.

La répartition des unités de pédiatrie dans les hôpitaux généraux d'une région géographique donnée soulève un important problème de planification, particulièrement lorsqu'on considère le coût élevé des soins hospitaliers, les nombreux progrès technologiques, la baisse des taux d'occupation dans de nombreux services de pédiatrie et la nouvelle vocation de l'hôpital dans le réseau des services de santé communautaires destinés aux enfants. Cette planification peut requérir diverses mesures en vue de maintenir ou de développer un réseau efficace de soins. Le maintien ou le développement d'un réseau de services pédiatriques efficaces peuvent exiger qu'une variété de choix soient inclus dans le plan.

Par exemple, envisager la fermeture de certaines unités de pédiatrie dans les hôpitaux afin d'éliminer les lits inutiles, la concentration dans un seul hôpital des services d'obstétrique et de soins néonatals, la mise en commun de certains services ou la concentration des services spécialisés tels que l'oncologie et la consultation génétique dans un seul hôpital plutôt que dans tous les hôpitaux d'une localité.

Pour être efficace, la planification régionale doit se fonder sur une équipe de planification et de coordination bien structurée qui évaluera les besoins de la région d'une façon continue et recommandera le mode de répartition des ressources pédiatriques le plus rationnel.

2. CLASSIFICATION DES SERVICES HOSPITALIERS

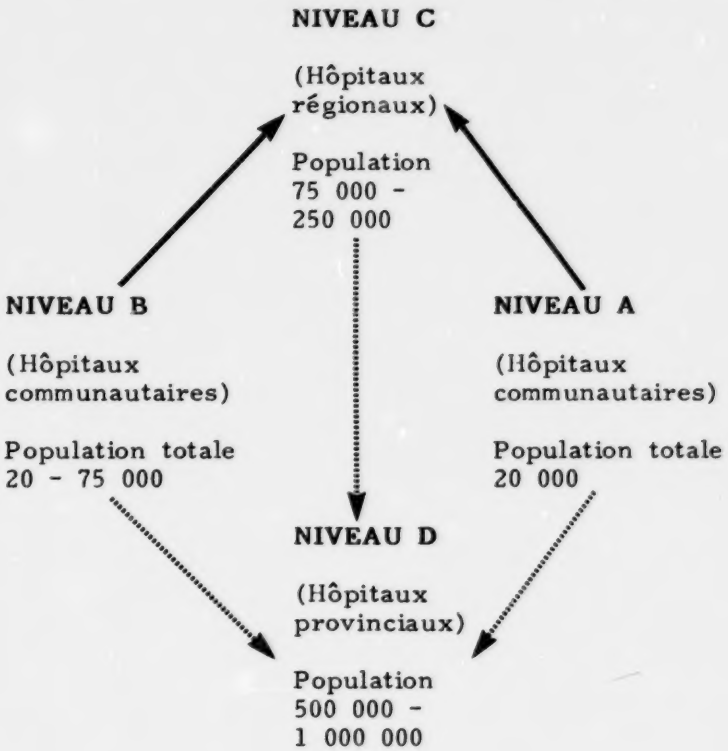
La complexité des ressources nécessaires à la prestation des divers services qu'offre l'hôpital moderne requiert le développement de services hospitaliers de différents niveaux. Ceux-ci peuvent être classés en trois groupes: les services communautaires, régionaux et provinciaux[1]. La figure 1 montre de quelle façon ces trois niveaux de services sont reliés entre eux à l'intérieur d'une même région. La définition des différents niveaux est arbitraire et peut varier d'une province à l'autre.

---

1 L'utilisation des termes "hôpitaux des soins primaires, secondaires et tertiaires" a été envisagée, mais elle semble moins utile que le classement proposé ci-dessus. L'hôpital dispense plus d'un niveau de soins à l'usager, et ces termes devraient peut-être s'appliquer au professionnel qui donne les soins plutôt qu'aux hôpitaux.

FIGURE 1

RÉGIONALISATION DES SERVICES HOSPITALIERS



→ Les principales voies de consultation des hôpitaux communautaires sont en direction des hôpitaux régionaux.

⇢ Les voies de consultation des hôpitaux régionaux et communautaires se font en direction des hôpitaux provinciaux lorqu'ils doivent utiliser des services très spécialisés.

Une bonne connaissance des ressources régionales et l'utilisation rationnelle de ces dernières amélioreront l'efficacité (évaluée en fonction de la conformité au plan de gestion) et la rentabilité (évaluée en fonction de la diminution de la durée de séjour et des coûts) des soins. De même, la mise en commun des dossiers des malades entre les hôpitaux, les médecins et les organismes communautaires favorisera une meilleure coordination des soins et en assurera leur continuité. Le congé précoce du malade et le renvoi de son dossier à l'hôpital de base augmenteront la possibilité que l'enfant puisse être avec sa famille.

Niveau A - Hôpitaux communautaires

Ce niveau s'applique aux petites et moyennes communautés (dont la population totale ne dépasse pas 20 000 personnes qui habitent les régions semi-rurales et peu peuplées, souvent situées à soixante minutes ou plus d'un établissement plus important).

Particularités

- Les charges de travail sont réduites et peuvent varier en fonction des groupes d'âge de la population.

- Il s'agit principalement d'hospitalisation bien que, de plus en plus, on puisse prévoir l'établissement de services ambulatoires. Dans certaines localités rurales, les médecins ont leur cabinet de consultation à l'hôpital même. Il se peut que l'hôpital offre également d'autres services de santé à la communauté, notamment des services de laboratoire, de radiologie, de psychiatrie, des soins dentaires, des services de consultants visiteurs et de physiothérapie.

- Le personnel de l'hôpital participe aux services de soutien communautaires tant à l'hôpital qu'à l'extérieur. Il peut s'agir de consultation et de liaison avec les professionnels attachés aux organismes communautaires (comme l'infirmière hygiéniste de l'école qui offre des services directs aux enfants ou aux familles) ou avec les responsables de programmes communautaires tels que ceux du développement du nourrisson, les services aux enfants atteints de troubles de développement ou aux enfants maltraités et les services d'aide à domicile offerts par les auxiliaires familiales.

- L'hôpital dispense des services de prévention tels que les programmes de dépistage chez les nouveau-nés (pour la phénylcétonurie et l'hypothyroïdie), les visites de l'hôpital pour les jeunes enfants et les programmes d'éducation sanitaire en collaboration avec les écoles et les groupes de parents.

- Les programmes éducatifs servent à encourager la formation professionnelle du personnel hospitalier, à fournir des occasions d'apprentissage aux étudiants de toutes catégories des écoles de soins infirmiers, des collèges et des universités du voisinage, à seconder les programmes communautaires d'éducation sanitaire et à faire connaître l'existence des services préventifs et thérapeutiques.

- Les cas plus compliqués sont aiguillés vers d'autres hôpitaux pour évaluation et traitement (voir sections 1.2, Services médicaux, et 1.3, Services de chirurgie et d'anesthésie, pp. 58-63).

Niveau B - Hôpitaux communautaires

Les hôpitaux de ce niveau se retrouvent habituellement dans les agglomérations plus populeuses (population de 20 000 à 75 000 habitants).

Particularités

- Certains hôpitaux seront situés dans des régions isolées, d'autres dans des villes et des municipalités rapprochées les unes des autres.

- La charge de travail et les soins dispensés dépendront de la main-d'oeuvre médicale disponible et des possibilités qui existent de diriger les malades vers des services spécialisés.

- Les mêmes services d'hospitalisation et de traitement ambulatoire qu'au niveau A seront disponibles. Il sera possible d'établir des services d'évaluation et de traitement des troubles de développement courants, tels que les retards de développement; des troubles de l'élocution, de l'audition et du comportement; de maladies chroniques comme l'asthme et le diabète sucré; et d'autres programmes, par exemple, la gynécologie et la réadaptation des adolescents. La création de ces programmes dépendra des services existants dans d'autres milieux communautaires.

- Des services de soins intensifs périnataux - Type A (Niveau 1)[1] - seront offerts.

- Les services d'éducation, de prévention et de soutien communautaires du niveau A seront disponibles.

Niveau C - Hôpitaux régionaux

Les hôpitaux de ce niveau desservent habituellement une population de plus de 150 000 habitants, mais dans quelques provinces, à cause de considérations géographiques, certains hôpitaux spécialisés desserviront une population moindre, c'est-à-dire de 75 000 personnes et plus.

Particularités

- Toutes les spécialités médicales seront habituellement disponibles, de même que la consultation pédiatrique 24 heures sur 24. Le nombre, le type et le niveau de complexité des autres services, tels que la physiothérapie, l'orthophonie et la psychologie, peuvent varier d'un établissement à l'autre selon que certains professionnels de la santé font ou non, partie du personnel de l'hôpital et que les services existent ou non, dans d'autres milieux communautaires.

---

1 Voir Unité de soins intensifs périnataux, Directives pour l'établissement de normes régissant les services spéciaux dans les hôpitaux, Direction des services de santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1979.

- Les mêmes services d'hospitalisation et de traitement ambulatoire qu'aux niveaux A et B seront disponibles. Il sera également possible d'établir des services d'évaluation et de traitement des troubles de développement moins courants, tels que la surdité congénitale, la déficience visuelle et les maladies chroniques comme la fibrose kystique et les myopathies.

- Les services de soins intensifs périnataux - Type B (niveau 2)[1] - seront disponibles.

- Les techniques de microchimie seront disponibles 24 heures sur 24.

- Les services d'éducation, de présentation et de soutien communautaire du Niveau A seront disponibles de même que des services de soutien communautaire additionnels, notamment un service de consultation à la disposition des médecins et des centres antipoisons qui fonctionnent 24 heures sur 24.

- Les services de soins intensifs pédiatriques dispensés à l'intérieur d'une unité distincte ou dans une unité pour adultes[1] seront disponibles.

- La recherche clinique et la recherche dans le domaine de la prestation des soins, (par exemple, la création d'un modèle de

[1] Voir Unité de soins intensifs, Directives pour l'établissement de normes régissant les services spéciaux dans les hôpitaux, Direction des services de santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1979.

programme innovateur) seront stimulées. Les résultats des études seront soumis à l'attention des ministères provinciaux de la Santé et du public en général.

Niveau D - Hôpitaux provinciaux

Les hôpitaux de ce niveau desservent habituellement une population de 500 000 à 1 000 000 d'habitants. Il peut donc y avoir plus d'un hôpital dans une province qui dispense des soins à ce niveau.

Particularités

- L'hôpital devrait disposer des services nécessaires pour traiter tous les troubles et affections de l'enfance.

- Les services d'hospitalisation et de traitement ambulatoire décrits au Niveau C, en plus d'un ou de plusieurs "Services uniques", seront accessibles à tous les habitants de la région ou d'un certain nombre de régions. Parmi ceux-ci, les services d'hémodialyse, de greffe de moelle osseuse, de cathétérisme et de chirurgie cardiaques.

- Les services de soins intensifs périnataux - Type C (Niveau 3)[1] - seront disponibles.

[1] Voir Unité de soins intensifs périnataux, Directives pour l'établissement de normes régissant les services spéciaux dans les hôpitaux, Direction des services de santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1979.

- Les services d'éducation, de prévention et de soutien communautaire des niveaux A, B, et C seront disponibles.

- L'hôpital exercera les mêmes fonctions de recherche que les hôpitaux du Niveau C.

3. LE BESOIN DE PLANIFICATION

3.1 Éléments qui déterminent le besoin de services pour enfants et adolescents dans les hôpitaux généraux

Le besoin de services pédiatriques hospitaliers est déterminé à partir d'un certain nombre de facteurs qui devraient être révisés régulièrement par les hôpitaux et les responsables de la planification.

Population de la région

Les prévisions de population infantile devraient être révisées de même que la répartition en fonction de l'âge. On a prédit que pendant la décennie 1980-1990, le groupe d'âge de 0 à 19 ans augmentera au Canada et que la répartition par âge changera en raison d'une augmentation du nombre d'enfants de 0 à 4 ans et de 5 à 9 ans, et d'une diminution correspondante des groupes d'âge de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans (19). Le changement sera plus ou moins marqué, non seulement selon les provinces et les territoires, mais également selon les communautés.

Une attention spéciale devrait être accordée aux groupes culturels et linguistiques, notamment aux Indiens et aux Inuit ainsi qu'aux enfants des immigrants, dans les différentes provinces.

Prédominance et nature des maladies de la région

Les données concernant la mortalité et la morbidité collectives devraient être étudiées.

Services communautaires existants

Les services pédiatriques existants, notamment ceux qui sont offerts par les hôpitaux devraient être passés en revue et les nouveaux services devraient compléter les services en place et éviter le doublement.

Possibilités de remplacement des soins aigus pour malades hospitalisés

Ces possibilités incluent les programmes de traitement médical et chirurgical ambulatoires, les programmes d'hospitalisation partielle et de soins à domicile et les programmes de séjour de longue durée et de réadaptation.

Support diagnostique thérapeutique

La disponibilité des services, de la main-d'oeuvre et de l'équipement nécessaires au diagnostic et au traitement des troubles physiques et mentaux ou de leurs symptômes, devrait être examinée.

Accès aux services

Il conviendrait d'étudier le temps de déplacement du malade entre son domicile et l'hôpital, ainsi que les services de transport dont dispose la région.

Main-d'oeuvre sanitaire

Il faudrait évaluer le nombre et les catégories de médecins et d'autres professionnels de la santé nécessaires à assurer les soins directs aux malades.

3.2 Planification en prévision de l'avenir

Hospitalisation

Le nombre de lits requis dans une région donnée est calculé en fonction de la fréquence d'hospitalisation[1] (nombre de jours d'hospitalisation par 1000 enfants et adolescents, généralement de 0 à 19 ans, par année) des enfants et adolescents, résidant dans la région, du nombre de jeunes dans la population à desservir et du taux moyen d'occupation des lits. Lorsqu'on évalue le nombre de lits requis dans le

[1] Supposons que pour une communauté donnée la fréquence d'hospitalisation soit 425 journées par 1000 enfants de 0-19 ans et le total de la population infantile soit de 30 000, le besoin en lits peut-être calculé comme suit:

1. 425 x 30 = 12 750 journées requises
2. À 75% d'occupation, 365 x 75% = 274 journées
3. Le besoin en lits par année = 12 750 ÷ 274 = 47 lits.

moment, on prend comme point de référence la population actuelle; lorsqu'il s'agit des besoins à venir, on se fonde sur les projections démographiques, notamment la répartition par âge et la distribution géographique de la population.

Il est raisonnable de supposer que le taux d'occupation sera de 80% dans les unités de pédiatrie qui compte plus de 80 lits et de 75% dans les unités de plus de 40 lits, mais les unités plus petites ont fréquemment des taux d'occupation beaucoup plus bas.

Il est souvent difficile de maintenir la qualité des soins pédiatriques dans les petites unités, particulièrement dans les régions urbaines. On devrait, dans la mesure du possible, éviter de mettre en service des unités de pédiatrie de moins de 20 lits, à moins que les conditions géographiques ne le justifient.

Soins ambulatoires

Il est difficile de prévoir, sauf dans le cas de la chirurgie de jour, le volume d'activités des services décrits dans la section portant sur les soins ambulatoires (pages 15-20).

(i) Services d'urgence

Il est difficile d'évaluer la demande de services d'urgence, étant donné que nous ne disposons pas de données indiquant la fréquence des urgences.

(ii) Consultation externe
Médecine de jour

La demande de services de consultation externe en médecine varie énormément d'un hôpital à l'autre et il n'existe pas d'estimations fiables des besoins.

Chirurgie de jour[1]

Le nombre d'interventions chirurgicales pédiatriques par jour varie considérablement d'une province à l'autre et d'un hôpital à l'autre, à l'intérieur d'une même province. Dans certaines provinces, environ un tiers de la chirurgie pédiatrique se fait dans le cadre des programmes de chirurgie de jour et peut-être que ce taux atteint 50 à 55% dans certains hôpitaux pour enfants. On prévoit que dans le futur il y aura une augmentation des soins chirurgicaux de jour.

---

[1] Voir également: Unité de chirurgie de jour, Directives pour l'établissement de normes régissant les services spéciaux dans les hôpitaux, Direction des services de santé, ministère de la santé nationale et du Bien-être social, 1979.

Psychiatrie de jour

La pratique des soins psychiatriques de jour, comme ceux de la médecine et de la chirurgie de jour, varie énormément. Les programmes de soins psychiatriques de jour ont été décrits dans les directives pour les services psychiatriques pour enfants et adolescents[1]

(iii) Hôtelleries[2]

Les hôtelleries sont des établissements qui hébergent les parents et les enfants lorsque l'enfant fréquente la consultation externe, subit des examens ou reçoit des traitements dans un hôpital.

Pour cette raison, les hôtelleries sont habituellement situées à proximité d'un établissement de soins;

---

1 Voir Soins psychiatriques pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux, Directives pour l'établissement de normes régissant les services spéciaux dans les hôpitaux, Direction des services de santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, pp. 27-30, 1979 .

2 Voir Hôtellerie pour malades, Directives pour l'établissement de normes régissant les services spéciaux dans les hôpitaux, Direction des services de santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1979.

dans certains cas, elles peuvent jouer le rôle de maison de transition avant que le malade n'obtienne son congé de l'hôpital.

(iv) Soins à domicile

Des services de soins à domicile, comprenant soins infirmiers, auxiliaire familiale, soins de relève durant les fins de semaine et les vacances, sont offerts dans certaines localités pour les enfants qui ont besoin de soins continus. Certaines provinces offrent des services de soins à domicile pour éviter l'hospitalisation des malades atteints d'hémophilie et de fibrose kystique et pour permettre une sortie plus rapide de l'hôpital.

(v) Services extra-muros

Des services de diagnostic et de traitement sont souvent dispensés dans les régions éloignées ou avoisinantes par des infirmières ou des médecins visiteurs ou par le biais de services de télémédecine.

II MODALITÉS DE TRAITEMENT DES ENFANTS ET ADOLESCENTS DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

Philosophie, objectifs et organisation

Tous les services destinés aux enfants et aux adolescents doivent fonder sur un énoncé de principe et d'objectifs qui reflètent les besoins particuliers des enfants et des familles. L'organigramme de l'hôpital et celui du service de pédiatrie devraient être disponibles. Les soins pédiatriques devraient être dispensés conformément aux principes et aux normes de base fixés pour l'agrément des hôpitaux au Canada.[1]

1. SOINS AMBULATOIRES

1.1 Philosophie et planification

Historique

Au cours des dix ou vingt dernières années, la demande d'hospitalisation pour enfants a diminué alors que la demande de services pédiatriques externes a augmenté. Ce fait s'explique par les changements épidémiologiques, la prévention accrue, le traitement précoce, les nouveaux modes d'exercice de la médecine et la reconnaissance du fait que l'hospitalisation peut constituer une expérience traumatisante pour l'enfant.

---

[1] Guide d'agrément des hôpitaux (1977), Conseil canadien d'agrément des hôpitaux, Toronto, Ontario

Planification

Au Canada, la mise sur pied d'une variété de services ambulatoires ne s'est pas faite au même rythme que celle des services disponibles aux malades hospitalisés, bien qu'il soit raisonnable de prévoir que des traitements plus complexes verront le jour dans l'avenir. Il est donc nécessaire que les hôpitaux généraux prévoient l'établissement d'un nombre adéquat de services pédiatriques ambulatoires. Ces services ne devraient être élaborés et planifiés qu'une fois les objectifs et le fonctionnement des services définis. Les besoins de traitement ambulatoire varieront d'un hôpital à l'autre et dépendront non seulement de la taille de l'hôpital mais d'autres facteurs comme l'enseignement, les services cliniques et la disponibilité de services communautaires.

Emplacement

Étant donné que dans la majorité des hôpitaux généraux, les unités de traitement ambulatoire servent à la fois aux adultes et aux enfants, il serait avantageux pour les deux groupes que certaines aires soient réservées. Les enfants qui pleurent et les parents bouleversés peuvent souvent créer de l'angoisse chez le malade adulte. De même, les enfants peuvent être perturbés et effrayés lorsqu'ils sont témoins des maladies et des traumatismes des adultes.

Si la clientèle est assez nombreuse, on devrait songer à réserver une aire distincte pour la consultation externe pédiatrique. Quel que soit le lieu, il est important de reconnaître les besoins particuliers des enfants malades en prévoyant le personnel, l'équipement et les salles d'attente adaptés à leurs besoins.

Il faudrait également prévoir une salle pour l'observation à court terme et le traitement des enfants gravement malades et prendre les dispositions nécessaires pour permettre au(x) parent(s) de rester avec eux. Cette salle d'observation pourrait être située à l'intérieur du service d'urgence ou de l'unité de soins pédiatriques. Suivant l'évolution de l'état du malade, celui-ci pourrait être admis dans un service ou être retourné àla maison lorsque son état s'améliore.

Dispositions relatives au soin des enfants

Il arrive parfois que l'un ou l'autre des parents et quelquefois même les deux doivent être subitement hospitalisés sans qu'ils aient eu le temps ou la possibilité de trouver quelqu'un pour prendre soin de leur(s) enfant(s). Les hôpitaux devraient avoir une politique concernant les mesures à prendre pour assurer le soin de ces enfants.

Dans le cas de traitement d'urgence d'un enfant malade ou blessé, les parents devront quelquefois emmener leurs autres enfants avec eux. Même pour des rendez-vous en consultation externe, les

parents peuvent être dans l'impossibilité de trouver ou de se payer une gardienne; ils doivent alors emmener tous leurs enfants à l'hôpital, même s'il n'y en a qu'un qui doive être examiné. Pour parer à de telles éventualités, on devrait aménager une salle avec des jeux et y affecter du personnel ou des bénévoles, pour surveiller les enfants non malades en attente à la consultation externe.

Principes régissant la dotation en personnel

Les hôpitaux qui offrent la gamme complète des soins d'urgence et des services ambulatoires aux enfants malades doivent disposer de médecins expérimentés sur place, et de consultants de garde, en tout temps. L'hôpital doit également avoir un directeur médical.

Les hôpitaux communautaires doivent s'assurer de la disponibilité d'un médecin de garde, en tout temps, qu'il soit sur place ou à proximité des lieux.

Toute la gamme des services professionnels dont bénéficient les malades hospitalisés devraient être disponibles, au besoin, pour le diagnostic, le traitement, l'éducation et le soutien des enfants, dans tous les services externes.

Les professionnels devraient être secondés par du personnel de soutien et des bénévoles en nombre suffisant, de façon à pouvoir concentrer toute leur attention sur l'enfant et la famille dans chacune des unités de traitement ambulatoires.

Les principes qui régissent la dotation en personnel dans les principaux services sont présentés dans la Section III, pages 57 à 93.

1.2 Services d'urgence [1]

Tout hôpital qui dispose d'un service d'urgence devrait être bien pourvu du personnel et de l'équipement nécessaires pour traiter les urgences chez les enfants.

Dans toutes les localités, le public devrait connaître les endroits où il peut obtenir des soins d'urgence pour les enfants et le nom de l'hôpital le plus proche.

La définition de ce qui constitue une urgence n'est pas la même pour le profane que pour le médecin; il est peut-être plus pratique d'adopter la définition du profane, c'est-à-dire: "tout état qui, selon lui, exige des soins immédiats". Dans le cas des enfants, cela peut aller de la simple fièvre, des contusions ou éraflures aux traumatismes graves et aux maladies qui mettent en danger la vie du malade.

---

[1] Pour avoir la gamme complète des services d'urgence, consulter: Les services d'urgence dans les hôpitaux, Directives pour l'établissement de normes régissant les services spéciaux dans les hôpitaux, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1981.

Les parents sont particulièrement inquiets lorsque leur enfant a besoin de soins d'urgence. Ils ont donc besoin de plus d'explications, d'attention et de paroles rassurantes que les parents d'un malade adulte.

Tous les services d'urgence devraient s'appuyer sur des politiques et procédures bien établies, documentées et facilement accessibles lorsqu'il s'agit de traiter des enfants et des adolescents dans les situations suivantes:

- dispositions pour le transfert du malade dans un autre hôpital lorsque c'est nécessaire,

- cas évidents ou soupçonnés de sévices ou de négligence à l'endroit d'un enfant (voir section 3.4, pages 48 à 50),

- refus des parents d'accorder leur consentement au traitement dans des situations où la vie du malade est en danger,

- traitement et suivi des empoisonnements et des blessures survenus à la maison,

- mort subite (par exemple, traumatisme, syndrôme de mort subite du nourrisson),

- soin des enfants dont le parent est hospitalisé d'urgence (voir Dispositions relatives au soin des enfants, pages 27, 28),

- cas où les parents devraient être obligés de consulter un pédiatre ou un autre spécialiste,

- demandes de renseignements concernant les empoisonnements, les maladies et blessures.

Les hôpitaux communautaires devraient assurer les services de diagnostic et disposer de techniciens de garde après les heures régulières de travail. La disponibilité de certaines installations de traitement, telles que la salle d'opération, déterminera s'il est nécessaire ou non de transférer un malade dans un autre établissement.

1.3 Médecine de jour et consultation externe

Les services de consultation externe devraient utiliser l'approche multidisciplinaire; voici quelques exemples de différents types d'organisation:

- services traditionnels de consultation externe, tels qu'évaluation de l'état de santé et clinique de nourrissons, consultation sans rendez-vous et suivi des malades qui ont été aiguillés par un autre service ou un autre établissement;

- évaluation et traitement des enfants souffrant de maladies chroniques, telles que la fibrose kystique du pancréas, l'hémophilie, la leucémie et le diabète;

- services spécialisés, tels que la neurologie pédiatrique, l'évaluation du développement et les cliniques de diagnostic;

- centre d'observation pour l'observation à court terme et le traitement des enfants gravement malades;

- services de diagnostic y compris la coordination des rendez-vous pour divers services de diagnostic.

1.4 Chirurgie de jour et consultation externe

Chirurgie de jour[1]

La chirurgie de jour pour les nourrissons, les enfants et les adolescents constitue une métode réaliste et bien établie de traiter les nombreux problèmes de chirurgie mineure chez les enfants.

Voici quelques exemples d'interventions chirurgicales possibles:

- hernie inguinale et ombilicale
- examens sous anesthésie
- correction de déséquilibres moteurs, correction de strabisme
- installation de tubes dans l'oreille moyenne
- circoncision
- excision de tumeurs cutanées
- chirurgie dentaire
- avortements thérapeutiques

---

[1] Voir également Unité de chirurgie de jour, Directives pour l'établissement de norms régissant les services spéciaux dans les hôpitaux, ministère de la santé nationale et du Bien-être social, 1979.

L'enfant devrait subir un examen physique complet et faire l'objet d'une histoire de cas en rapport avec l'intervention à venir. Dans le cas d'un enfant plus jeune, l'examen devrait être répété un ou deux jours avant l'intervention pour s'assurer qu'il est en état de la subir. On devra également procéder à un examen post-opératoire.

Si les enfants comprennent suffisamment, on devrait les préparer à leur visite à l'hôpital (Voir section sur la Préparation en vue de l'admission, pages 41 à 43). Ils devraient également être prévenus qu'ils seront hospitalisés si leur état l'exige.

Après l'opération, si l'enfant est ramené à la maison en voiture, il doit être accompagné de deux adultes: un pour conduire et l'autre pour prendre soin de l'enfant qui peut avoir sommeil ou vomir.

Consultation externe

La consultation externe doit assurer les traitements et le suivi postopératoire des enfants et l'évaluation de ceux dont l'état peut exiger une intervention chirurgicale. Dans la gamme des services disponibles on doit trouver les cliniques spécialisées nécessaires au suivi des malades.

1.5 Soins psychiatrie de jour, soins à domicile, hôtelleries, services de consultation mobiles et cliniques extra-muros.

Voir section intitulée "Planification en prévision de l'avenir", page 20.

2. SOINS AUX MALADES HOSPITALISÉS

2.1 Services généraux

Bien que la demande d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux ait diminué ces dix dernières années, il subsiste un besoin important de lits pour traitements médicaux et chirurgicaux, l'isolement des malades et les soins intensifs.

2.2 Services spéciaux

Les enfants dont l'état exige les soins spéciaux suivants devraient être soignés dans les hôpitaux régionaux ou provinciaux, qui disposent du personnel, des installations et de l'équipement spécialisés nécessaires.

1. Soins intensifs néonatals[1]: les prématurés de très faible poids, les nouveau-nés qui ont besoin d'assistance respiratoire, d'épreuves de laboratoire ou de soins infirmiers spéciaux.

---

1 Voir Unité de soins intensifs périnataux: Directives pour l'établissement des normes régissant les services spéciaux dans les hôpitaux, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1979.

2. Soins intensifs pédiatriques[1]: tout enfant dont les fonctions vitales ou physiologiques doivent être surveillées durant plus de quelques heures.

3. Cathétérisme cardiaque, chirurgie cardiaque[2] et neurochirurgie.

4. Traitement des traumatismes et des brûlures graves[3].

5. Alimentation parentérale totale ou thérapie intraveineuse complexe.[4]

1 Unité de soins intensifs périnataux

Pour avoir plus de renseignements, consulter les Directives pour l'établissement de normes régissant les services spéciaux dans les hôpitaux publiées par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

2 Services cardio-vasculaires dans les hôpitaux

3 Unité de soins brûlés

4 Alimentation parentérale totale

6. Visualisation diagnostique[1] complexe et troubles métaboliques ou endocriniens.

7. Insuffisance rénale aiguë et chronique[2].

8. Traitement des maladies psychiatriques qui ne peuvent être traitées adéquatement ailleurs que dans des centres hospitaliers régionaux ou provinciaux[3].

2.3 Participation et hébergement des parents

D'importants changements se sont produits dans l'environnement des unités de pédiatrie. Les plus frappants sont la participation accrue de la famille aux soins donnés à l'enfant et la mise sur pied de programmes pour subvenir aux besoins des enfants sur le plan psychologique et sur celui du développement. La participation de la famille est facilitée en permettant aux parents de visiter l'enfant à volonté, en permettant également la visite des frères et des soeurs et en faisant assumer à la famille une partie des soins. La participation des parents peut aller d'une présence réconfortante au chevet du malade à la prestation

[1] Unité de médecine nucléaire
Unité d'écho-diagnostic dans les hôpitaux
Unité de tomodensitométrie

[2] Programme régional de traitement de l'insuffisance rénale

[3] Soins psychiatriques pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux

des soins infirmiers sous la surveillance d'une infirmière. Les parents sont de plus en plus sensibilisés aux diverses options qui leur sont offertes. Il est important, au moment de l'admission, de les informer des possibilités qu'ils ont de prendre soin de leur enfant et de séjourner à l'hôpital. De cette façon, le personnel infirmier peut, de concert avec les familles, mettre au point un programme précis de participation des parents au traitement de leur enfant. L'hôpital doit, de plus, offrir de l'aide et des conseils aux parents qui ont de la difficulté à s'adapter à cette situation nouvelle.

Voici quelques mesures précises qui peuvent être prises:

- Possibilité de visite 24 heures sur 24.

- Hébergement des parents dans la chambre de l'enfant et participation aussi complète que possible aux soins dispensés à l'enfant, lorsqu'ils le désirent.

- Unité de soins dispensés par les parents, où le parent continue de prendre soin de l'enfant sous la surveillance du personnel infirmier.

- Soutien des parents, lorsque leur participation se résume, en grande partie, à un soutien affectif.

Les parents devraient pouvoir participer au traitement de leur enfant en l'accompagnant lors des divers tests et investigations et en restant près de lui pendant l'induction de l'anesthésie, dans la salle de réveil et au cours des divers traitements ambulatoires.

Pour assurer la présence continue des parents à l'hôpital il faudrait:

- prévoir un endroit où ils peuvent dormir;

- tenir compte de leurs besoins affectifs. Il est nécessaire de disposer d'une salle de repos pour les parents bouleversés.

Consultez les notes 11 et 19 de la bibliographie pour plus de détails sur la participation des parents, ainsi que la section 2.5 à les pages 108, 109 pour de plus amples renseignements concernant l'espace requis.

2.4 Soins palliatifs[1]

De temps en temps, les hôpitaux généraux auront à prendre soin d'un enfant malade en phase terminale et de sa famille. Pour assurer les meilleurs soins possibles[2], il faut tenir compte de divers facteurs, et facteurs, et chaque hôpital doit déterminer la meilleure façon de traiter les problèmes particuliers qu'entraîne la mort d'un enfant, aussi bien pour la famille que pour le personnel hospitalier responsable. Les enfants en phase terminale ont les mêmes besoins que les autres enfants de leur âge. L'enfant mourant a, par ailleurs, des

[1] Services de soins palliatifs dans les hôpitaux généraux, Directives pour les services spéciaux dans les hôpitaux, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1981.

[2] Martinson, Ida Marie, Home Care for the Dying Child; Professional and family perspectives, Appleton, Century, Crofts, New York, 1976.

besoins qui lui sont propres et qui doivent être compris et satisfaits par le personnel de santé. L'expérience a démontré qu'il est souvent souhaitable de combiner les soins à domicile et à l'hôpital et que le personnel entraîné aux soins de phase terminale (ou soins palliatifs) et qui bénéficie lui-même d'un soutien continu, assure les meilleurs soins et le meilleur soutien à l'enfant et à sa famille. Il est extrêmement souhaitable que le même personnel soit affecté au soin de l'enfant chaque fois que celui-ci est hospitalisé durant la phase terminale de sa maladie.

Les hôpitaux doivent prévoir des mesures de soutien pour la famille à la suite de la mort d'un enfant.

3. POLITIQUES ET PROCÉDURES

L'hôpital devrait élaborer et fournir à tous les membres du personnel chargé de soigner des enfants un guide à jour des politiques et procédures concernant les soins spéciaux requis par les enfants en consultation externe ou ceux hospitalisés. Il incombe à l'hôpital de veiller à ce que tout le personnel affecté au soin des enfants connaisse les éléments contenus dans ce guide.

Toutes les politiques de l'hôpital devraient être révisées afin de déterminer si elles s'appliquent aux enfants malades. Les domaines suivants nécessitent des politiques particulières.

3.1 Admission, assignation des lits et sortie

Avant d'hospitaliser un enfant ou un adolescent, on doit envisager d'autres formes de

traitement. Un programme de soins à domicile pourrait, par exemple, être plus avantageux pour l'enfant et pour sa famille, de même que plus économique.

Assignation des lits

Afin d'assurer les meilleurs soins possible à tous les enfants malades, l'assignation des lits doit être faite en consultation avec le personnel de l'unité de soins et tenir compte des facteurs suivants:

- disponibilité des lits
- disponibilité du personnel infirmier
- problème de santé et niveau de soins requis (par exemple, l'isolement)
- âge et degré de développement du malade
- participation prévue de la famille aux soins
- durée prévue de l'hospitalisation
- milieu culturel

Étant donné que le regroupement des malades en fonction de l'âge permet de mieux répondre aux besoins sociaux et affectifs de l'enfant ainsi qu'à ses besoins en matière de développement, les mesures suivantes sont recommandées.

- Loger les plus jeunes malades dans l'unité de pédiatrie, sauf dans des circonstances exceptionnelles, notamment lorsque l'enfant a besoin de soins intensifs, à la suite, par exemple, de chirurgie cardiaque ou de neurochirurgie, ou lorsque plus d'un membre de la famille sont hospitalisés.

- Traiter les adolescents dans une unité spéciale ou dans une aire aménagée de façon à subvenir à leurs besoins. S'il n'est pas pratique de créer une unité distincte pour les adolescents, ils devraient néanmoins être regroupés. Certains hôpitaux généraux ont trouvé avantageux d'offrir aux adolescents le choix de l'unité où ils seront hospitalisés.

- Faire des arrangements spéciaux pour les adolescents plus âgés ou les jeunes adultes qui doivent être inclus dans certains groupes cliniques, par exemple, ceux qui souffrent de fibrose kystique, du syndrome de Turner, de nanisme, de méningo-myélocèle et de troubles cardiaques. Un meilleur diagnostic et un traitement plus approprié permettent à de nombreux malades souffrant de ces troubles chroniques de survivre jusqu'à l'âge adulte. Il est probable qu'au cours des vingt prochaines années, leur espérance de vie continuera d'augmenter. Des dispositions spéciales devront également être prises pour faciliter chez ces malades la période de transition entre les soins spécialisés pour enfants et les soins spécialisés pour adultes.

Préparation en vue de l'hospitalisation, d'une opération ou d'autres traitements

Au moment de l'admission ou avant celle-ci, des livres et des brochures expliquant le fonctionnement de l'hôpital ou de l'unité devraient être mises à la disposition des parents et des enfants. Ces publications devraient contenir les renseignements suivants:

- ce qu'on doit dire à l'enfant à propos de l'hôpital,

- ce qu'il doit apporter à l'hôpital,

- la politique relative aux visites,

- l'hébergement de nuit pour les parents,

- la façon de demander des renseignements par téléphone,

- les installations matérielles et les règlements de l'hôpital concernant le stationnement, la télévision, le téléphone, la boutique de cadeaux, la politique portant sur l'usage du tabac, le service alimentaire et les services de soutien.

  Dans le cas des admissions électives, les hôpitaux devraient encourager les enfants et leur famille à visiter l'(les) unité(s) de pédiatrie. Certains hôpitaux préfèrent offrir une visite préparatoire à des groupes d'enfants qui doivent être hospitalisés.

Les enfants qui doivent subir une opération ou certains tests et traitements, tels qu'un cathétérisme, une ponction lombaire ou des examens radiologiques du tube digestif, devraient être préparés psychologiquement. Il existe divers moyens pour les enfants de différents groupes d'âge: des imprimés (brochures), des visites (par exemple de l'unité des soins intensifs) pour l'enfant qui doit subir une opération à coeur ouvert, des livres, des poupées, des marionnettes, du matériel et des costumes pour des jeux dramatiques, des films, des diapositives et

des images, ainsi que des explications privées au moment de l'intervention ou du traitement. On peut utiliser les mêmes techniques pour amener les enfants à exprimer ce qu'ils ressentent après une opération, un traitement ou une admission d'urgence. Afin de remplir les formules de préadmission et de vérifier l'état de santé de l'enfant, les préposés à l'admission devraient contacter la famille de tous les enfants qui doivent être hospitalisés, avant leur arrivée à l'hôpital.

Au moment de l'admission

Afin de réduire au minimum le traumatisme psychologique de l'enfant et de prévenir les retards dans la prestation des soins qu'entraînent parfois les formalités d'admission, les hôpitaux devraient étudier la possibilité d'admettre les malades directement à l'unité de pédiatrie. La préposée du service d'admission pourrait se rendre sur place afin d'obtenir les renseignements nécessaires des parents ou demander à ceux-ci de se rendre au bureau d'admission après l'entrée de l'enfant dans l'unité. S'il est impossible de procéder de cette façon et que l'enfant et le parent doivent passer par le bureau d'admission avant de se rendre dans l'unité, le personnel de ce service devrait être sensible aux besoins de l'enfant. Quelle que soit la formule choisie, il est nécessaire de s'assurer que tous les aspects administratifs et légaux auront été couverts et que la formule de consentement au traitement aura été signée par le parent autorisé à le faire.

L'arrivée à l'unité pédiatrique

- l'enfant et ses parents devraient être accueillis par la réceptionniste ou l'infirmière et escortés jusqu'à la chambre;

- l'infirmière devrait expliquer les formalités d'admission à l'enfant et au(x) parent(s);

- l'infirmière affectée au soin de l'enfant devrait se renseigner sur les problèmes de santé passés, actuels et éventuels de celui-ci, sur son comportement habituel et ses façons de réagir, en l'observant et en l'interrogeant et en interrogeant ses parents;

- l'évaluation devrait tenir compte des besoins physiques et psycho-sociaux de l'enfant;

- on devrait aider l'enfant et le(s) parent(s) à se familiariser avec l'environnement, la routine quotidienne et les attentes de l'hôpital et de l'unité. La phase d'orientation devrait inclure:

- présentation des compagnons de chambre,

- heures des repas,

- politique concernant les visites,

- politique relative à l'usage du tabac,

- politique relative au téléphone - certains appareils devraient être réservés à l'usage des enfants,

- environnement physique: salles de bains, salle de jeux, salle familiale, cuisine,

- planification de la participation des parents au traitement de leur enfants,

- renseignements fournis aux parents et aux enfants sur les façons d'exprimer leurs inquiétudes ou leurs problèmes.

En plus de l'histoire de cas et des prescriptions du médecin, il doit y avoir un plan de soins personnalisé pour tous les malades hospitalisés ou externes qui tienne compte de l'enfant et de sa famille. Les cas d'enfants souffrant de troubles complexes ou de longue durée doivent faire l'objet de conférences multidisciplinaires en vue de planifier et de coordonner la dispensation de soins.

Planification des sorties

Outre les politiques habituelles de l'hôpital concernant les sorties, on devrait accorder une attention spéciale aux points suivants:

- autant que possible, le médecin, l'infirmière ou la secrétaire-réceptionniste devraient donner un préavis aux parents ou à l'organisme responsable du moment où le congé sera accordé;

- avant l'arrivée de l'enfant à la maison, l'infirmière doit s'assurer que les parents ont reçu les instructions écrites ou verbales concernant le suivi du malade et qu'ils les comprennent bien;

- lorsqu'il est prévu qu'une fois à la maison, l'enfant sera traité par ses parents, il faut:

1) bien leur expliquer les soins à donner et leur offrir la possibilité de s'exercer à administrer ces soins en présence d'un surveillant, avant de quitter l'hôpital,

2) le cas échéant, remplir les formules requises par les services communautaires à qui le malade est dirigé.

L'infirmière chargée des formalités de départ doit noter dans le dossier:

- l'état de santé de l'enfant au moment de son départ de l'hôpital et l'absence de blessure

- le nom de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié.

Dans des circonstances normales, l'enfant ne doit être confié à personne d'autre qu'à ses parents ou à son tuteur légal. Lorsque les parents ou le tuteur désirent qu'une autre personne vienne chercher l'enfant, ils doivent s'assurer que cette dernière est une personne responsable et lui donner une permission écrite l'autorisant à se charger de l'enfant.

Congé non autorisé par le médecin

L'hôpital doit prévoir dans ses politiques, les réponses à donner aux parents lorsque ceux-ci désirent que leur enfant quitte l'hôpital sans le consentement du médecin traitant. Ces politiques devraient prévoir les démarches suivantes:

- avis donné au médecin traitant;

- enquête sur la situation lorsque le départ de l'enfant est jugé dangereux en raison, par exemple, de son état de santé ou de présomption de mauvais traitements. Il faudra peut-être, dans ces circonstances, obtenir l'aide juridique nécessaire pour protéger l'enfant;

- enquête au sujet de la garde légale de l'enfant dans les cas où il existe un litige entre les parents sur cette question;

- enquête sur le milieu lorsqu'un parent désire retirer l'enfant de l'hôpital et que celui-ci désire rester.

3.2 Système de rendez-vous pour les soins ambulatoires

Les rendez-vous pour divers services externes de diagnostic devraient être coordonnés de façon à ce que l'enfant ne soit pas obligé d'attendre longtemps entre divers rendezvous.

3.3 Lits et berceaux

L'affectation d'un lit ou d'un berceau devrait se faire après consultation avec les parents pour connaître les habitudes de l'enfant à la maison. En général, à moins que le diagnostic, le comportement ou les habitudes de l'enfant à la maison ne justifient le contraire, l'enfant de plus de trois ans ne devrait pas occuper un berceau.

3.4 Enfants maltraités

Les enfants victimes de sévices ou de négligence[1] peuvent être repérés dans les services d'urgence, les cliniques externes ou les unités de soins. Tous les hôpitaux devraient donc avoir une politique écrite connue et accessible en tout temps, concernant la repérage et le traitement de ces enfants, expliquant la façon d'appliquer, à l'hôpital, les règlements statutaires en vigueur dans toutes les provinces. Ces règlements obligent les établissements à signaler les cas où des enfants ont besoin de soins et de protection, aux autorités compétentes des services de protection de l'enfance.

La politique de l'hôpital devrait inclure les éléments suivants:

- un résumé des lois provinciales qui s'appliquent, y compris les provisions qui assurent la protection légale du personnel de l'hôpital et des médecins qui rédigent des rapports de bonne foi;

- un énoncé concernant la responsabilité légale (et morale) de tous les employés de l'hôpital et du personnel médical, de détecter et de signaler les cas présumés de sévices et de négligence à l'endroit d'un enfant;

---

1 "Enfants victimes de sévices et de négligence." Ce terme comprend au moins les sévices corporels, les abus sexuels (assaut ou inceste), les privations sur le plan émotionnel ou sur celui de la nutrition.

- la documentation requise dans ces cas, notamment la description des blessures, les photographies et radiographies;

- les examens médicaux et les enquêtes sociales requises et souhaitables dans ces cas;

- les méthodes à utiliser pour leur signalement.

Les grands hôpitaux généraux peuvent constituer une équipe affectée aux cas d'enfants maltraités. Cette équipe, en collaboration avec les organismes communautaires, assumera la responsabilité:

- de faire une évaluation détaillée de la famille;

- d'assurer ou de recommander le traitement médical et psychosocial approprié;

- d'être le lien principal entre l'hôpital et les organismes de protection de l'enfance, la police et les tribunaux;

- d'élaborer un programme de formation continue pour le personnel de l'hôpital;

- d'encourager l'établissement à l'hôpital ou à l'extérieur, de programmes visant à prévenir les mauvais traitements et la négligence à l'endroit des enfants (par exemple, élaboration de critères de risque élevé et prestation de service plus nombreux d'aide à domicile);

- d'encourager l'établissement, à l'hôpital ou à l'extérieur, de programmes de traitement destinés aux parents (soins psychiatriques, programmes visant à améliorer l'efficacité parentale, soutien des groupes d'entraide tels que Parents in Crisis).

Les petits hôpitaux devraient identifier, dans leurs effectifs, une ou plusieurs personnes ayant de l'expérience dans ce domaine qui pourraient exercer quelques-unes ou l'ensemble de ces fonctions, en collaboration avec les organismes communautaires.

3.5 Prévention des maladies contagieuses

Parce qu'il arrive souvent que les infections et les maladies contagieuses compliquent l'hospitalisation des enfants, l'hôpital devrait disposer d'installations convenables pour réduire au minimum les risques de contagion. Ces mesures de prévention sont importantes non seulement dans l'unité d'hospitalisation mais également dans les aires réservées aux soins ambulatoires. Elles servent plus particulièrement à protéger les enfants chez qui les fonctions immunosuppressives ont été abolies par suite d'un traitement ou d'une maladie.

Chaque unité devrait disposer d'une chambre pour le triage des malades admis, si cela n'est pas fait avant que le malade n'arrive à l'unité. Les chambres de l'unité de soins devraient être construites de façon à ce qu'on puisse pratiquer les techniques d'isolement. Ces chambres devraient être dotées de chambres de toilette et d'éviers

distincts et d'espaces d'entreposage distincts pour le linge propre et pour le linge contaminé.

Il faudrait également prévoir des installations pour protéger contre les infections nosocomiales, les malades dont l'immunité est compromise.

3.6 Consentement[1]

Toutes les questions relatives au consentement ou traitement dans le cas des enfants, et particulièrement dans celui des adolescents, peuvent constituer des sources de problèmes. Bien que le parent ou le tuteur puisse signer un consentement écrit pour des soins médicaux destinés à des jeunes enfants, on devrait expliquer aux enfants qui sont en âge de comprendre les traitements qu'ils devront subir et prendre leurs désirs en considération en ce qui concerne leur traitement.

Dans le cas des adolescents, l'âge requis pour qu'ils soient en mesure de signer eux-mêmes leur consentement au traitement n'est pas établi. L'âge de la majorité, qui varie d'une province à l'autre, a souvent été confondu avec l'âge requis pour le consentement légal. La loi provinciale des hôpitaux peut déterminer l'âge et les conditions du consentement. Il est possible que ces lois puissent, par erreur, être

[1] Consulter également Proposals for consent of Minors to Health Care Act, Saskatchewan Law Reform Commission, 1980.

considérées comme ayant priorité sur d'autres considérations d'ordre moral ou légal. Trop souvent, les adolescents ne peuvent bénéficier des soins médicaux dont ils ont besoin en raison de malentendus au sujet de la question du consentement. De même, il arrive parfois que des adultes aient l'autorité de consentir aux traitements de l'adolescent sans tenir compte des désirs de ce dernier.

Là où il n'existe pas d'âge fixe pour le consentement, la présomption selon laquelle un mineur pourrait contracter en matière de traitement, s'il est capable de comprendre et d'évaluer la nature et les conséquences du traitement, apparaît valide.

La considération primordiale devrait être le bien-être du mineur. Si le tuteur est disponible et signe la formule de consentement, l'adolescent mineur devrait la signer également. La même remarque s'applique à la permission de divulguer les renseignements du dossier médical.

3.7 Incendie

Les procédures d'évacuation des enfants en cas d'incendie devraient être clairement définies.

3.8 Médicaments

Pour les politiques concernant les médicaments, voir les services de pharmacie, pages 82, 83.

3.9 Salle d'opération et d'anesthésie

Les politiques qui concernent la salle d'opération et l'anesthésie sont présentées dans les sections suivantes:

Services de chirurgie et d'anesthésie, pages 62, 63.
Services spéciaux, pages 34 à 36.

3.10 Laissez-passer

Les enfants devraient, lorsque c'est possible, obtenir de l'hôpital des laissez-passer pour les raisons suivantes:

- Réduire le stress découlant de l'hospitalisation et de la séparation en permettant à l'enfant d'aller à la maison ou de participer à des sorties, si son état de santé et le programme de traitement le permettent.

- Ménager une période d'essai à la maison en prévision de la sortie du malade afin de permettre à l'enfant et aux parents de s'adapter au programme de traitement à la maison.

3.11 Contrôle de la qualité

En plus des normes régissant la pratique professionnelle, tous les hôpitaux devraient s'efforcer de mettre au point une méthode d'évaluation de la qualité des soins dispensés, tant pout les soins aux malades hospitalisés que pour ceux dispensés aux malades externes.

3.12 Aiguillage et suivi des malades

Il est important de maintenir des liens formels de collaboration étroite avec les services communautaires: contacts et coopération avec le ministère de la santé et les infirmières hygiénistes, ainsi qu'avec les ministères des services sociaux (ou les sociétés d'aide à l'enfance) particulièrement dans les cas de mauvais traitements et de négligence à l'endroit des enfants; liens avec d'autres organismes communautaires, tels que les écoles, les associations d'infirmières visiteuses, les cliniques de santé mentale et le médecin de famille.

3.13 Divulgation de renseignements

Il faut obtenir le consentement des parents (et de l'enfant suivant son niveau de compréhension) avant de divulguer des renseignements concernant l'état de santé de l'enfant.

3.14 Entraves

Les entraves ne devraient être utilisées que dans des cas exceptionnels où le comportement de l'enfant l'exige pour assurer sa sécurité. Il importe de déterminer les membres du personnel de l'unité qui peuvent autoriser l'utilisation des entraves. Les raisons qui ont motivé leur utilisation doivent être inscrites au dossier du malade.

3.15 Sécurité et prévention des accidents

Comme les accidents constituent la plus grande menace pour les enfants, il faut porter une attention spéciale à la sécurité

et à la prévention des accidents en milieu hospitalier. La section 2.2 et 2.3 du chapitre IV (pages 105, 106) décrit certains dispositifs de sécurité à prévoir dans le plan des installations matérielles.

3.16 Cigarette, alcool et usage de drogues à des fins non médicales

Il doit exister des politiques régissant l'usage du tabac, des drogues et de l'alcool par les malades et les visiteurs.

3.17 Étudiants

Voir section sur les stages de formation des étudiants page 93.

3.18 Transferts

Les dossiers médicaux et les plans de soins doivent accompagner tous les malades qui sont transférés dans un autre hôpital. Afin de faciliter la transition de l'enfant dans un nouvel environnement, il est parfois nécessaire de le faire accompagner par un membre du personnel qui lui est familier.

3.19 Traduction

Voir la section consacrée aux services culturels et linguistiques, page 75.

3.20 Visites

Les hôpitaux ont souvent une politique générale de visite stipulant les heures et le nombre de personnes qui peuvent rendre visite à un malade en tout temps.

Cependant, dans le cas d'un malade admis dans l'unité de pédiatrie, il existe certaines exigences dont il faut tenir compte.

- La politique de l'hôpital ne devrait comporter aucune restriction en ce qui concerne la visite des parents sauf dans les cas où il existe des raisons d'ordre juridique ou médical pour imposer des limites. On devrait encourager les parents à rendre visite aux enfants hospitalisés.

- Les frères et soeurs devraient être autorisés à rendre visite à l'enfant malade.

- Les familles devraient pouvoir rendre visite au malade en groupe lorsque c'est possible et ne pas être nécessairement soumis à la règle des "deux personnes à la fois".

- Les hôpitaux peuvent exiger que les enfants plus jeunes (au-dessous d'un certain âge, par exemple, 12 ans) soient accompagnés d'un adulte. D'autre part, il est important que les adolescents aient la possibilité de rendre visite aux malades; étant donné que les relations entre compagnons sont très importantes à cet âge.

3.21 Bénévoles

Voir la section 20 pages 92, 93.

III SERVICES ET PROGRAMMES

Dans le préambule, les auteurs ont indiqué que pour certains hôpitaux, la prestation des services décrite précédemment représente un objectif à atteindre. La section III décrit une gamme de services et de programmes visant à promouvoir et à assurer de bons soins pédiatriques. Pour obtenir de plus amples informations sur plusieurs des services décrits ici, il faut consulter le Guide d'agrément des hôpitaux[1].

Chaque hôpital général doit déterminer la façon dont il répondra aux besoins particuliers des enfants et des adolescents malades, que ce soit grâce à son propre personnel, par des contrats de services ou à l'aide de consultations avec les grands hôpitaux ou les services communautaires. Les facteurs déterminants en ce qui concerne l'option choisie par les hôpitaux généraux, sont les suivants:

- le volume et la complexité des soins pédiatriques requis par la population,

- la présence (ou l'absence) de programmes communautaires de santé et de services sociaux,

[1] Guide d'agrément des hôpitaux (1977), Conseil canadien d'agrément des hôpitaux, Toronto, Ontario.

- la priorité accordée au développement des soins pédiatriques dans le contexte de la planification globale faite par et pour l'établissement,

- les ressources budgétaires et humaines disponibles.

Dans l'improbabilité de recruter les experts voulus ou encore si l'hôpital ne possède pas les ressources financières nécessaires, il peut prendre des mesures pour assurer l'accessibilité des services dont les enfants et les adolescents malades et leur famille ont besoin.

1. SERVICES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

1.1 Chef de service

Chaque hôpital qui dispense des soins aux enfants et aux adolescents devra nommer un chef de service qui sera chargé d'assurer la qualité des soins pédiatriques à l'hôpital. Il sera préférable que le chef de service détienne un fellowship ou un certificat de spécialité en pédiatrie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou de la Corporation professionnelle des médecins du Québec. Cependant, tout médecin qui possède un intérêt marqué pour ce travail et qui a la compétence requise pourrait remplir ce poste. Dans un hôpital où il n'existe pas de structure départementale, la responsabilité du service de pédiatrie devrait être confiée à un médecin.

Le Conseil des médecins autorisera le chef de service à prendre les décisions et les mesures qui s'imposent dans l'intérêt du

malade dans des situations d'urgence non prévues dans la politique officielle de l'hôpital.

Le chef de service a la responsabilité de préparer une liste de situations où la consultation sera obligatoire entre les omnipraticiens, les chirurgiens et les pédiatres traitants, dans le cas notamment des enfants gravement malades, quand il existe un doute au sujet du diagnostic, au qu'il s'agit de tumeurs malignes.

Le chef de service doit veiller à ce qu'il y ait un pédiatre de garde en tout temps pour chaque hôpital régional spécialisé et, dans la mesure du possible, dans chacun des services d'urgence qui dispensent des soins pédiatriques. Lorsqu'il n'y a pas de pédiatre, il doit y avoir un programme de consultation pédiatrique par téléphone ou autres moyens de télécommunication, ou un plan de transfert dans des centres régionaux ou provinciaux spécialisés.

Chaque chef de service doit s'assurer que les programmes de formation soient offerts à tout le personnel qui participe aux soins dispensés aux enfants. Il doit également assumer la responsabilité de veiller à ce qu'il existe des arrangements appropriés pour l'aiguillage des malades vers des centres de soins spécialisés.

1.2 Services médicaux

Le personnel médical variera énormément, entre les hôpitaux du niveau A où les seuls médecins disponibles sont des omnipraticiens, et les hôpitaux du niveau D où l'on

trouve la gamme complète des pédiatres, des spécialistes des sous-spécialités pédiatriques et des autres disciplines, des internes et des résidents. Il est nécessaire que tout le personnel et les parents connaissent le nom du médecin responsable des soins dispensés à l'enfant.

1. Pédiatres Ceux-ci doivent détenir un certificat de spécialité du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou de la Corporation professionnelle des médecins du Québec. Les spécialistes des sous-spécialités pédiatriques peuvent détenir un certificat de spécialité supplémentaire, un certificat de compétence ou posséder une formation et une expérience spéciales.

2. Omnipraticiens Ceux-ci consacrent beaucoup de temps aux cas de pédiatrie et participeront donc aux traitements de l'enfant dans le service de pédiatrie de l'hôpital général. Dans les nombreuses petites localités qui ne disposent pas des services d'un spécialiste en pédiatrie, le médecin de famille devra dispenser les soins appropriés. Lorsque l'unité de pédiatrie est composée uniquement d'omnipraticiens, on devrait prendre les dispositions nécessaires pour que des consultants qualifiés en pédiatrie des régions voisines apportent leur aide et leurs conseils dans des problèmes complexes qui dépassent les connaissances et l'expérience du personnel disponible sur place.

Il serait bon que les omnipraticiens et les pédiatres collaborent à l'administration et s'engagent à assurer aux malades les meilleurs soins possible. La tenue de conférences cliniques régulières et les activités d'éducation telles que des rencontres de groupes communautaires avec des spécialistes en pédiatrie, méritent le plus grand encouragement.

3. Psychiatres Des services psychiatriques devraient être disponibles soit à l'hôpital même, soit par l'intermédiaire de consultants. Au niveau D et dans certains hôpitaux du niveau C, le pédopsychiatre devrait faire partie de l'équipe médicale. Dans tous les cas, il convient d'établir pour les malades hospitalisés et les malades externes un système structuré de consultation psychiatrique.

4. Sous-spécialités pédiatriques Des services de spécialistes en cardiologie, neurologie, hématologie, dermatologie, endocrinologie, radiothérapie-oncologie, gastro-antérologie et néphrologie peuvent être disponibles dans les hôpitaux des niveaux D et C suivant le niveau de soins dispensés. Dans tous les cas où ils ne le sont pas, les malades doivent être dirigés vers des centres spécialisés quand leur état l'exige.

5. Internes et résidents En général, dans les hôpitaux où il existe un programme structuré d'enseignement aux résidents

et aux internes, la qualité des soins dispensés aux enfants malades est meilleure. Les services de ces médecins sont particulièrement précieux dans le traitement des cas graves ou de ceux qui ont besoin de soins intensifs.

1.3 Services de chirurgie et d'anesthésie

Avant de déterminer l'ensemble des services qu'il se propose d'offrir, l'hôpital doit tenir compte de la demande, des considérations démographiques et du personnel qualifié dont il dispose ou qu'il peut vraisemblablement recruter.

Un hôpital ne devrait pas permettre l'exercice de la chirurgie pédiatrique (nouveau-nés, nourrissons et jeunes enfants), à moins de disposer sur place d'un chirurgien et d'un anesthésiste qualifiés, c'est-à-dire détenteurs de certificats de spécialité du Collège royal ou de la Corporation des médecins, dans le cas du Québec, ayant la formation et l'expérience nécessaires au diagnostic, à l'évaluation des risques, à l'intervention et au traitement postopératoire. Si l'hôpital ne dispose pas du personnel médical compétent, le chirurgien responsable de la chirurgie devrait avoir le pouvoir d'exiger que le malade soit dirigé vers un centre où ces services sont disponibles.

Les interventions chirurgicales pratiquées sur les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants, exigent des laboratoires d'analyses hématologiques, biochimiques, radiologiques et de gaz sanguins fonction-

nant 24 heures sur 24. En l'absence de tels services, il faut s'abstenir de pratiquer l'intervention chirurgicale, même si les médecins traitants sont qualifiés. L'aiguillage du malade vers une unité offrant de tels services devrait être obligatoire (sauf dans les cas les plus urgents).

Les ablations de tumeurs ne devraient être entreprises que si l'on dispose des services d'un anatomo-pathologiste et de l'équipement nécessaire pour effectuer des coupes histologiques congelées.

Partout où c'est possible, la création de programmes de chirurgie de jour[1] devrait être favorisée. Le programme comprend les examens de préadmission, le counseling du malade, le traitement ou l'intervention chirurgicale dans une unité où les malades sont admis et libérés le même jour. Ce service doit dispenser d'un programme structuré de soins post-opératoires offrant au besoin des services à domicile et des consultations par téléphone ou sur place.

[1] Voir également Unité de chirurgie de jour, Directives pour l'établissement de normes régissant les services spéciaux dans les hôpitaux, Direction des services de santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1978.

2. SERVICES DE SOINS INFIRMIERS

2.1 Considérations d'ordre général

Dans un hôpital général, le traitement des enfants et des adolescents doit être envisagé de façon différente de celui qui est dispensé aux adultes, pour les raisons suivantes:

- les enfants sont regroupés dans l'unité de soins en fonction de leur âge plutôt qu'en fonction de la maladie ou du niveau de soins requis;

- il se peut que l'enfant séparé de sa famille se tourne vers le personnel infirmier pour obtenir un soutien social, affectif et psychologique;

- les besoins des enfants sont les mêmes à l'hôpital pour ce qui est de leur développement et de leur degré de dépendance;

- divers aspects du traitement exigent plus de soins infirmiers en raison du degré de développement de l'enfant et de la nécessité de faire participer les parents et d'autres personnes signifiantes aux soins prodigués à l'enfant, par exemple, dans l'enseignement dispensé aux malades.

2.2 Principes en matière de dotation en personnel

- Dans toutes les grandes unités pédiatriques, et si possible dans les plus petites unités, les soins infirmiers devraient être confiés uniquement à des infirmières qui ont de l'expérience dans le traitement des enfants.

- Afin de fournir des soins appropriés aux enfants provenant de divers milieux ethniques et culturels, au moins une partie du personnel infirmier de l'unité de pédiatrie devrait appartenir à ces groupes.

- Chaque unité de pédiatrie devrait être dirigée par une infirmière qui possède la formation et l'expérience voulues dans les domaines clinique et administratif.

- Une infirmière autorisée, ayant la compétence requise pour prendre soin des enfants malades, doit être présente dans chaque équipe de travail, durant chaque quart.

- La dotation en personnel devrait être adéquate en tout temps afin de fournir supervision et observation. Cela demande une évaluation continue du nombre et des catégories de personnel nécessaires.

- Pour des soins de même niveau, le rapport infirmière-malades doit être plus élevé dans le cas des soins dispensés aux enfants que dans le cas des adultes, et plus élevé également dans le cas des nourrissons que dans celui des enfants plus âgés.

- Les rapports infirmière-malades à l'intérieur des différentes équipes de travail sont fonction du niveau de soins requis et des fluctuations dans la quantité de soins à donner durant toute période de 24 heures.

- Le rapport infirmière autorisée-infirmière auxiliaire qualifiée variera en fonction de la quantité de soins à donner et des fonctions exercées par chaque catégorie d'infirmières à l'intérieur de l'établissement et du territoire où il est situé.

- Les infirmières cliniciennes spécialisées représentent une importante ressource pour les malades, les familles et le personnel dans le domaine des soins aux malades, de l'éducation et de la recherche. Les hôpitaux qui dispensent des soins aux enfants et qui ont des besoins complexes et divers devraient pouvoir recourir aux services de ces personnes.

2.3 Formation du personnel

Tout le personnel infirmier devrait être choisi d'après les qualités qui les rendront aptes à travailler efficacement auprès des enfants et de leur famille.

Les infirmières autorisées qui travaillent avec les enfants doivent avoir le droit d'exercer dans le territoire en question.

Les infirmières auxiliaires qualifiées doivent détenir leur diplôme d'une école reconnue et un permis d'exercice dans le territoire où elles se trouvent. Elles travaillent sous la direction d'une infirmière autorisée et conformément aux dispositions de la loi qui les régit.

Les infirmières cliniciennes spécialisées doivent avoir acquis leur compétence à partir d'une formation et d'une expérience clinique des soins infirmiers pédiatriques.

2.4 Hospitalisation

L'enfant malade possède une capacité limitée d'adaptation à un environnement qui lui est étranger; de plus, plusieurs traitements sont assurés par différents services de soutien. En permettant au petit malade d'établir une relation de confiance avec l'infirmière affectée à ses soins, on peut réduire de façon significative le stress que créent chez lui et sa famille, ces contacts multiples. La continuité de la relation malade-infirmière est donc la plus importante considération dont on doit tenir compte lorsqu'on planifie l'affectation du personnel infirmier à divers malades.

La dotation en personnel infirmier doit tenir compte des considérations suivantes:

- la différence d'âge des malades dans l'unité,
- les niveaux de soins,
- l'aménagement physique de l'unité,
- le mode de prestation des soins infirmiers,
- les services de soutien fournis à l'unité.

On ne peut atteindre les objectifs fixés pour les soins pédiatriques qu'en affectant à chaque période de travail une équipe suffisante et possédant les qualités requises (infirmière autorisée, infirmière auxiliaire qualifiée, aide-infirmière). L'établissement de ces normes (quantité et qualité) pose un

problème à tous les départements de soins infirmiers, et cela est particulièrement vrai pour la pédiatrie, puisqu'on doit tenir compte notamment de la complexité des besoins en soins infirmiers, de la dépendance de l'enfant et de la participation des parents.

La solution de ce problème n'est pas chose facile, et de nombreux établissements continuent de déterminer les besoins en personnel d'une façon intuitive. Même ci cette approche est souvent efficace, les professionnels en soins infirmiers ont une responsabilité de plus en plus grande de rationaliser les besoins en personnel en fonction des ressources disponibles. L'ancienne façon d'établir le rapport infirmière-malades est maintenant remplacée par des méthodes plus sophistiquées servant à évaluer la charge de travail.

Dans les établissements où la quantité et la composition du personnel infirmier sont calculées en fonction du rapport infirmière-malades, les indications suivantes sont utiles.

Soins intensifs

Le rapport infirmière-malades est habituellement de 1-1 à 1-2.

Il s'applique dans le cas des enfants ou des nourrissons qui sont gravement malades et dont l'état est instable. Ils ont besoin de soins infirmiers spécialisés constants en même temps que de traitement médical.

Soins intermédiaires

Le rapport infirmière-malades est habituellement de 1-2 à 1-3.

Ce niveau de soins correspond à ceux requis pour les nourrissons et les enfants qui se rétablissent des effets immédiats d'une opération ou d'une maladie grave, pour ceux qui sont modérément malades et dont l'état requiert des épreuves de diagnostic et des traitements ou pour ceux qui reçoivent des soins palliatifs. Ces malades ont besoin de soins infirmiers compétents et de surveillance 24 heures sur 24. La présence d'infirmières et d'autres membres du personnel est essentielle pour aider le malade à entreprendre et à exécuter la plupart de ses activités ainsi que pour le surveiller.

Soins minimaux

Le rapport infirmière-malades est habituellement de 1-3 à 1-5.

Ce niveau de soins correspond à ceux requis pour les enfants dont l'état s'est stabilisé et qui se rétablissent d'une maladie ou d'une intervention chirurgicale. Ces malades exigent peu de surveillance et de soins médicaux et infirmiers. Ce niveau correspond également aux soins dispensés en période pré-opératoire là où il n'y a pas d'urgence et aux enfants plus âgés qui subissent des épreuves diagnostiques ou des traitements peu fréquents.

Les nourrissons qui ont besoin des soins normaux aux nouveau-nés

Le rapport infirmière-malades est habituellement de 1-5 à 1-6.

Remarque

Il est important de se rappeler qu'on ne peut utiliser les rapports infirmière-malades sans tenir compte des niveaux de soins nécessaires, étant donné que ce facteur influe sur la quantité et les catégories de personnel requis.

2.5 Soins ambulatoires

Toutes les directives en matière de soins infirmiers élaborées dans les paragraphes 2.1 à 2.3 s'appliquent également aux soins ambulatoires.

De plus, les membres du personnel infirmier affectés aux diverses unités de soins ambulatoires devraient bien connaître les domaines concernés et avoir la compétence voulue. Par exemple, à l'urgence, le personnel doit connaître les techniques de réanimation, de maintien des fonctions vitales, de stabilisation en vue du transport et de communication et d'enseignement aux malades.

Les soins individualisés suivis offrent des avantages marqués, c'est pourquoi il est avantageux d'utiliser la méthode selon laquelle la même équipe continue de suivre le malade en clinique externe.

3. MILIEU THÉRAPEUTIQUE DE L'ENFANCE

Les recherches récentes indiquent que la stimulation et le jeu ne sont pas des questions frivoles, mais correspondent à des besoins véritables des enfants. Le jeu et la stimulation sont très importants pour le développement optimal de l'enfant. Lorsque celui-ci ne peut jouer, que ce soit parce qu'on le stimule trop ou pas assez, ou encore à cause de limitations physiques ou de problèmes psychologiques, les conséquences suivantes sont possibles:

- dépression menant à des troubles physiologiques et émotionnels (perturbation dans l'alimentation, le sommeil, la température du corps; pleurs excessifs; apathie; comportement stéréotypé),

- diminution ou ralentissement de la croissance du développement et de l'apprentissage, par exemple, atrophie des cellules et des muscles; inhibition du développement langagier; développement intellectuel limité, ou

- stress et désorientation engendrant des troubles physiologiques et affectifs.

Ces problèmes ont été mentionnés dans le préambule de ce guide. Au cours des dernières décennies, la philosophie des soins à dispenser aux enfants dans les hôpitaux a subi d'importants changements. La création et l'élaboration de milieux thérapeutiques de l'enfance en sont des exemples.

Tous les hôpitaux qui ont des unités de pédiatrie devraient offrir des programmes d'activités pour enfants*. Ces programmes en milieu hospitalier cherchent à favoriser le développement optimal des enfants, des adolescents et des familles, à maintenir des modes de vie normaux et à réduire au minimum les traumatismes psychologiques en donnant aux enfants la possibilité de jouer,

* Ces programmes peuvent porter différents noms, par exemple: milieu thérapeutique de l'enfance, activités pour enfants, thérapie par le jeu, récréation, jeu thérapeutique, jeu pédiatrique, thérapie d'expression, et développement de l'enfant. Les professionnels de ce domaine sont appelés: ludothérapeutes, spécialistes en thérapeutique par le jeu, professionnels en loisirs, spécialistes en récréation, travailleurs en loisirs, spécialistes en récréologie, techniciens en loisirs, récréologues, spécialistes de l'organisation des loisirs, bénévoles ayant une certaine formation. Le groupement appelé The Association for The Care of Children's Health, a décidé en 1980 de désigner ces programmes sous le vocable: Programme d'activités pour enfants, et les professionnels: spécialistes en activité pour enfants. Consulter également les brochures intitulées Guidelines for the Development of Child Life Programs et "Child Life Activity Study Section Position paper", Association for the Care of Children's Health. Au Québec quatre types de travailleurs de la santé remplissent l'une ou l'autre des fonctions propres a ce milieu thérapeutique: les éducateurs spécialisés, les jardinières, les animateurs et les récréologues. Voir Terminologie et définitions des établissements de services de santé, page 166, Association des hôpitaux du Canada, Ottawa, Ontario 1981.

d'apprendre, de s'exprimer et en favorisant la participation des familles et les contacts avec des compagnons du même âge.

Ces programmes devraient être offerts aux jeunes malades externes et hospitalisés. Bien que l'impact d'un traitement à l'hôpital paraisse moindre dans le cas d'un enfant qui fréquente le service de consultation externe ou d'urgence que pour l'enfant hospitalisé la nuit, les visites à l'urgence peuvent être d'une très grande source de stress. Les attentes sont fréquentes dans les unités de traitement ambulatoire, mais elles ne semblent pas si longues lorsque les enfants peuvent jouer. Le jeu peut être un antidote contre l'ennui et la douleur, et les parents se sentent plus à l'aise et moins inquiets lorsqu'ils voient leurs enfants en train de jouer.

Ces observations s'appliquent également aux malades hospitalisés et pourraient s'ajouter aux nombreux avantages des programmes d'activités pour enfants hospitalisés.

- Les nourrissons peuvent être exposés au niveau approprié de stimulations visuelles, auditives, tactiles et kinesthésiques.

- Les bambins et les enfants d'âge préscolaire seront moins dépaysés à l'hôpital s'ils peuvent jouer avec des objets familiers et interpréter des rôles familiers. Le jeu surveillé permet à l'enfant de dépenser son énergie naturelle et l'aide à faire face à des expériences bouleversantes grâce au moyen plus sûr affectivement, du jeu.

- Les enfants d'âge scolaire et les adolescents peuvent exprimer leurs inquiétudes et leur confusion grâce à la conversation, au jeu et à des activités créatives. Le jeu fournit à ces enfants un sens d'autonomie et d'indépendance. Les programmes du milieu thérapeutique de l'enfance offrent un cadre dans lequel les enfants peuvent communiquer avec d'autres enfants et établir les liens de camaraderie et de soutien mutuel dont ils ont tant besoin. Le contact avec les compagnons du même âge fait partie essentielle de l'adolescence et influe sur la façon dont les adolescents réagissent aux problèmes et aux émotions.

Personnel

- Le personnel du milieu thérapeutique de l'enfance doit appartenir à une unité distincte relevant directement de l'administration et, à l'intérieur de l'équipe administrative, de la personne responsable des services aux malades. Ce personnel devrait être considéré comme faisant partie intégrante de l'équipe de soins.

- Le personnel du milieu thérapeutique de l'enfance doit avoir une connaissance approfondie de la croissance et du développement de l'enfant, de la psychologie de l'enfant, de l'importance et des techniques de diverses formes de jeu et d'expression créative, et de l'impact de l'hospitalisation et de la maladie sur les enfants et leur famille. Ces connaissances s'acquièrent généralement en milieu collégial ou universitaire.

- Les hôpitaux devraient viser à ce que leur programme de base à l'intention des enfants de tous âges soit disponible non seulement pendant la semaine mais également la fin de semaine, le soir et les jours de congé. Si l'hôpital ne dispose pas d'un personnel suffisant, la priorité doit être accordée aux enfants de moins de 5 ans et à ceux qui ont des besoins particuliers.

- Dans les unités plus petites qui ne disposent pas toujours des services de spécialistes en animation et en récréation il est important de prévoir des mécanismes pour intégrer le jeu et la stimulation dans les programmes de soins.

4. SERVICES CULTURELS ET LINGUISTIQUES

Les hôpitaux généraux qui dispensent des soins aux enfants doivent déterminer les besoins créés par les milieux géographique, culturel et linguistique des enfants et de leur famille. Ces programmes devraient prévoir:

- les services d'un interprète afin de fournir des explications et un enseignement adéquats,

- la sensibilisation du personnel hospitalier aux réalités culturelles,

- la consultation des divers groupes ethniques au moment de la planification des programmes d'hospitalisation et de soins externes.

Un nombre de plus en plus grand d'hôpitaux canadiens reconnaissent le besoin d'offrir ces services et font appel à divers moyens pour y répondre. Par exemple, dans certaines

régions du pays, les hôpitaux qui dispensent des soins aux Indiens et aux Inuit engagent des autochtones pour servir d'agents de liaison.

5. SOINS DENTAIRES[1]

Les soins dentaires pour enfants devraient être disponibles à ceux qui fréquentent des hôpitaux généraux. Il faut surtout prévoir les besoins en soins dentaires non urgents habituellement pratiqués sous anesthésie dans l'unité de chirurgie de jour.

Ces services sont nécessaires pour les enfants qui ont des problèmes affectifs, qui souffrent d'arriération mentale, de paralysie cérébrale, de surdité partielle, etc., et qui sont habituellement incapables de coopérer avec le dentiste dans son cabinet. Il faudrait également que des services de consultation dentaire soient disponibles aux médecins de l'hôpital, (par exemple au chirurgien qui doit pratiquer une chirurgie faciale qui exige une expertise dentaire), et pour les soins dentaires d'urgence. Ces services peuvent être établis en coopération avec les dentistes de la région.

---

[1] Voir également Unités de soins dentaires en milieu hospitalier, Directives pour l'établissement de normes régissant les services spéciaux dans les hôpitaux, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1978.

6. SERVICES DE DIÉTÉTIQUE

Les premiers renseignements recueillis auprès des parents devraient inclure les habitudes normales de l'enfant, soit ses habitudes alimentaires, ses préférences et ses aversions, ses allergies à des aliments particuliers et ses heures normales de repas.

Il importe également de savoir si l'enfant a une préférence pour certains mets nationaux, et le personnel devrait s'entendre avec les parents quant au type et à la quantité d'aliments qui peuvent être apportés de la maison, compte tenu de l'état de l'enfant.

Voici d'autres facteurs dont il faut tenir compte dans les services de diététique destinés aux enfants et aux adolescents:

- Chaque service devrait disposer d'un guide alimentaire contenant les directives en matière d'alimentation pour chaque groupe d'âge ainsi que les régimes spéciaux et les régimes de base; ces directives devraient être conformes à celles du Guide alimentaire canadien pour tous les groupes.

- On devrait accorder aux enfants plus âgés le privilège de choisir sur le menu les aliments préférés et la quantité désirée.

- Il faut remettre des instructions écrites aux enfants qui sortent de l'hôpital et qui doivent suivre un régime spécial et leur donner également, des explications verbales.

- Les mères qui allaitent leur bébé devraient être encouragées à continuer de le faire lorsque celui-ci est hospitalisé, à moins que l'état de l'enfant ne le permette pas.[1]

- Il est bon d'inciter les parents et les enfants plus âgés à prendre eux-mêmes la responsabilité d'inscrire les quantités et le type d'aliments et de liquides consommés. Une fiche de consommation devrait être laissée au chevet du malade à cet effet.

- Il faut toujours tenir le bébé dans ses bras lorsqu'on lui donne le biberon.

- Il devrait y avoir des règlements sur la préparation et l'entreposage des biberons.

On doit encourager les parents à être près de leurs enfants durant les repas. Cependant si les parents ne peuvent être présents, le repas devrait simuler un repas en famille. Tous les enfants qui ne sont pas alités devraient manger ensemble à une table dont les dimensions sont appropriées à leur âge et à leur niveau de développement.

Les préadolescents doivent prendre leurs repas sous la surveillance d'un employé qui pourra les aider au besoin. Les aliments servis devraient être appropriés à l'âge et au niveau de développement de l'enfant.

---

[1] Voir également Déclaration sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse, octobre 1979.

7. PROGRAMMES ÉDUCATIFS

Éducation permanente

Tous les employés devraient parfaire leurs connaissances et améliorer leurs techniques en participant à des conférences cliniques, à des séminaires et à des cours post-gradués selon leurs besoins. Le personnel devrait avoir libre accès à la bibliothèque, aux ouvrages de référence et au matériel audiovisuel.

Ces possibilités de perfectionnement devraient également être offertes au personnel des autres unités de l'hôpital qui ont à s'occuper d'enfants et de leur famille. L'hôpital doit prévoir un programme d'orientation pour ses nouveaux employés de même qu'un programme de formation en cours d'emploi faisant appel, au besoin, aux connaissances des spécialistes de chaque discipline.

Stages de formation des étudiants

Les étudiants de diverses disciplines telles que la médecine, les sciences infirmières et autres professions de la santé sont souvent affectés comme stagiaires aux unités de pédiatrie de l'hôpital. Les autorités doivent conclure une entente écrite ou un contrat avec l'établissement d'enseignement concerné. Les étudiants devraient disposer d'un programme d'orientation et être surveillés par leurs propres instructeurs ou confiés à la charge d'un membre du personnel hospitalier.

Les stagiaires qui examinent un enfant à des fins de formation devraient le faire sous surveillance et les conférences cliniques ne doivent pas avoir lieu au chevet du malade.

8. LABORATOIRE[1]

Les laboratoires qui desservent une population pédiatrique doivent être en mesure de faire des micro-analyses. La cueillette des échantillons doit être conçue de façon à éviter de déranger inutilement l'enfant. Les techniciens qui recueillent les échantillons doivent être sensibles aux besoins de l'enfant.

9. SERVICES D'ERGOTHÉRAPIE

Les enfants et les adolescents malades devraient avoir accès, au besoin, au service d'ergothérapie. Les ergothérapeutes doivent être en mesure de fabriquer et d'ajuster les attelles et les autres appareils nécessaires à la suite d'une opération ou d'un traumatisme. Les ergothérapeutes seront intégrés à l'équipe multidisciplinaire et l'aideront en procédant à des évaluations détaillées des troubles physiques et mentaux ainsi que des problèmes de perception.

Les hôpitaux qui ne disposent pas de service d'ergothérapie devraient adopter un plan en vue de diriger les enfants qui ont besoin d'ergothérapie là où ce service est disponible et devraient également envisager la possibilité de partager ce service avec d'autres hôpitaux de la région.

---

[1] Consultez également les Directives concernant l'utilisation appropriée des services de laboratoire médicaux au Canada, Direction des services de santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, octobre 1979.

10. SERVICE DE LA PASTORALE

Les services de la pastorale offerts aux enfants et aux adolescents seront efficaces dans la mesure où l'on reconnaîtra que dans bien des cas, la famille a autant besoin d'attention que l'enfant. Le soutien donné aux familles et parfois aux membres du personnel de l'unité de pédiatrie par le service de pastorale de l'hôpital, profite souvent indirectement à l'enfant. Les enfants seront réconfortés par la visite d'un prêtre de leur paroisse ou d'un conseiller en pastorale, s'ils connaissent bien cette personne, et si cette dernière est considérée comme un ami de la famille. Il convient d'observer cependant que les membres du clergé ne sont pas tous à l'aise dans l'exercice de leur ministère auprès des enfants. L'âge de l'enfant, la gravité de la maladie et la disponibilité du personnel sont autant de facteurs qui peuvent modifier l'approche et les conseils spirituels donnés aux enfants. Le personnel pédiatrique, les membres de la famille et le responsable du service de la pastorale de l'hôpital devraient se consulter régulièrement afin d'assurer l'aide pastorale qui convient aux besoins du malade.

En règle générale, les directives contenues dans le guide de 1977 du Conseil canadien d'agrément des hôpitaux en ce qui concerne les services de la pastorale devraient également s'appliquer à la pastorale des enfants. Toutefois, le plus récent Guide d'agrément des centres de soins prolongés du Conseil canadien d'agrément des hôpitaux (1978) est plus à jour que le guide précédent, en ce qu'il reconnaît les

nouvelles orientations dans le domaine des services de la pastorale, telles que le "visiteur laïque", et le rôle important du clergé dans les "centres pour enfants".

11. PHARMACIE

Le comité de pharmacologie de l'hôpital, qui compte des représentants du personnel médical pédiatrique, devrait déterminer les doses et la concentrations des médicaments qui doivent être régulièrement entreposés et disponibles à la pharmacie pour le traitement des enfants.

L'hôpital devrait disposer d'un Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS) à jour, d'une pharmacopée sur les soins pédiatriques et de bulletins de pharmacie courants.

Il y aurait lieu de prendre les dipositions nécessaires pour que l'unité de pédiatrie dispose de l'approvisionnement voulu en drogues, produits chimiques et biologiques, ainsi qu'en solutions de concentrations appropriées aux enfants.

Il devrait exister des politiques écrites sur les questions suivantes et d'autres aspects touchant les services pharmaceutiques pour enfants.

- vérification adéquate de tous les médicaments
- administration des aérosols
- identification du personnel responsable de la dispensation des médicaments en dehors des heures de pharmacie

- doses de médicament à administrer avant l'opération

- formule pour calculer les doses divisées et pour une double vérification de ces doses calculées

- quantités des médicaments à être donnés sous forme d'injection intramusculaire unique, suivant la taille de l'enfant

- médicaments administrés sous forme d'injection intraveineuse: concentration et toxicité

- rôle communautaire du pharmacien en tant que personne-ressource en ce qui concerne les médicaments administrés aux enfants

- contact par téléphone entre l'hôpital pédiatrique et le centre régional

- précautions particulières concernant les doses de narcotiques et les solutions narcotiques

12. SERVICES DE PHYSIOTHÉRAPIE

Tous les hôpitaux qui dispensent des soins aux enfants devraient pouvoir offrir des services de physiothérapie pour les traitements pré- et postopératoires et pour la réadaptation des malades à la suite d'une opération ou d'un traumatisme. Pour les affections de longue durée, telles que les troubles neurologiques ou respiratoires chroniques, qui peuvent nécessiter des soins hospitaliers intermittents (hospitalisation ou

consultation externe), le physiothérapeute peut dispenser des traitements spécialisés, enseigner au malade ou au parent les méthodes à suivre, à domicile, ou diriger le malade vers des services ou des centres appropriés.

En plus de posséder les qualifications exigées par les règlements provinciaux investis du pouvoir de réglementation ou des établissements compétents, il est souhaitable que le physiothérapeute ait une formation antérieure ou de l'expérience en physiothérapie pédiatrique.

13. SERVICES DE PROTHÈSES ET D'ORTHÈSES

Les enfants hospitalisés peuvent avoir besoin de ces services et, sauf dans les principaux établissements spécialisés, il est peu probable que ces services soient offerts par l'hôpital. Chaque hôpital devra prévoir un mécanisme permettant aux enfants qui ont besoin de ces services d'y avoir accès facilement.

14. SERVICE DE PSYCHOLOGIE

Le service de psychologie doit dispenser des services d'évaluation et de traitement continu aux malades hospitalisés et aux malades ambulatoires à l'hôpital même, ou diriger le malade, suivant un mode établi, vers des services à l'extérieur de l'hôpital. Le malade aura accès aux services de psychologie par le biais des services de santé mentale, du système scolaire et, parfois, des services régionaux de santé, suivant la structure régionale d'organisation. Les hôpitaux de niveau D (échelon provincial) disposent habituellement d'une unité de psychologie autonome ou intégrée aux services de santé mentale.

Les psychologues doivent posséder une formation clinique et de l'expérience avec les enfants. Ils devront détenir un doctorat ou travailler sous la direction d'un docteur en psychologie ayant une formation clinique et être dûment autorisés à exercer leur profession.

15. SERVICE DE RADIOLOGIE

Les radiographies doivent être prises par des techniciens qualifiés en radiologie.

Les techniciens qui font les examens des enfants doivent être au courant des précautions particulières à prendre pour la radiographie des enfants, notamment de la nécessité 1) de tenir compte de leur anatomie particulière, 2) d'utiliser les techniques propres à réduire au maximum, le temps d'exposition, 3) d'utiliser la bonne approche et, 4) de se servir avec soin des moyens de contention, des écrans protecteurs et du collimateur.

Tout le personnel doit être sensible aux inquiétudes et aux besoins particuliers de l'enfant et de ses parents. On peut créer l'ambiance en décorant la pièce de façon à plaire aux enfants, à captiver leur attention et à fournir un sujet d'intérêt.

16. SERVICE D'INHALOTHÉRAPIE[1]

Un technicien qualifié en inhalothérapie est capable d'établir, d'administrer et d'assurer ce service sous direction médicale.

Les troubles respiratoires constituent l'une des causes principales d'admission des enfants à l'hôpital. Il est donc particulièrement important que le médecin responsable du service et les inhalothérapeutes comprennent les besoins particuliers des enfants sur les plans physiologique et psychologique. Les guides de politiques et de procédures de l'hôpital doivent les refléter. Le matériel, c'est-à-dire les masques, les atomiseurs et les canules à trachéotomie doit, de même que tout autre matériel indispensable, être adapté aux traitements des enfants selon leur âge.

Il importe de fournir les instructions spéciales ou supplémentaires au personnel infirmier pour qu'il puisse reconnaître les problèmes à mesure qu'ils surviennent, ajuster le matériel en l'absence du technicien et surveiller le renouvellement de l'oxygène ou des médicaments en aérosol. Lorsque l'hôpital ne dispose pas de services d'inhalothérapie 24 heures sur 24, le personnel présent doit connaître les procédures à suivre pour administrer le traitement aux enfants en tout temps.

---

[1] Consulter également l'Unité d'inhalothérapie, Directives pour l'établissement de normes régissant les services spéciaux dans les hôpitaux, Santé nationale et Bien-être social, Canada, 1978.

Les hôpitaux des niveaux C et D devraient disposer des services d'inhalothérapie sur place ou sur appel.

Les services d'inhalothérapie et de physiothérapie devraient travailler en étroite collaboration.

17. PROGRAMMES SCOLAIRES

Les hôpitaux dotés d'unités de pédiatrie doivent veiller à ce que tous les malades d'âge scolaire puissent poursuivre leurs études. Pour atteindre cet objectif, ils peuvent avoir recours à différents modes d'organisation et doivent adopter celui qui répond le mieux aux besoins des enfants hospitalisés, compte tenu de certains facteurs, par exemple le nombre habituel de malades d'âge scolaire hospitalisés et la durée moyenne de séjour. Les hôpitaux ne peuvent compter ni sur les parents ni sur l'école que fréquente ordinairement l'enfant pour poursuivre l'enseignement en cours, parce que 1) certains parents pensent que leur enfant n'est pas capable de poursuivre son travail scolaire en raison de sa maladie; 2) les enseignants ignorent souvent que l'enfant a été hospitalisé et ne peuvent par conséquent prévoir la durée de son séjour à l'hôpital; et 3) l'enfant peut se retrouver dans un hôpital spécialisé à des kilomètres de son système scolaire habituel.

Modes d'organisation possibles

L'hôpital doit fournir le personnel enseignant à temps plein lorsqu'il y a plusieurs enfants d'âge scolaire hospitalisés pour une semaine ou plus. Les enfants souffrant d'affections

chroniques, hospitalisés quelques jours à la fois et plusieurs fois au cours de l'année, ont également besoin de poursuivre leurs études à l'hôpital; leurs absences répétées de l'école peuvent représenter un nombre considérable de jours.

Les fonds affectés à la rémunération des enseignants à temps plein en milieu hospitalier proviennent généralement de subventions du gouvernement provincial ou des commissions scolaires municipales.

Les hôpitaux qui ont de grandes unités de pédiatrie doivent disposer d'un personnel enseignant permanent tandis que les petits hôpitaux peuvent avoir recours aux services d'enseignants itinérants de la commission scolaire locale qui viennent à l'hôpital pour donner des leçons particulières.

Les petites unités qui ne disposent pas d'un personnel enseignant à plein temps devraient s'organiser de façon à ce que l'enfant qui devra séjourner longtemps à l'hôpital (par exemple, pour certaines fractures ou brûlures), puisse poursuivre ses études.

Dans les petites unités, où le besoin d'un programme de cours varie grandement, il existe un certain nombre de possibilités:

- encourager les parents à prendre une part active à l'éducation de leur enfant;

- inviter le ou les titulaires de l'enfant à venir à l'hôpital pour aider;

- recruter des bénévoles spéciaux (par exemple des anciens professeurs), qui peuvent travailler auprès des enfants qui ont besoin d'aide;

- conclure une entente avec une école de pédagogie de la région (s'il y en a une) afin que les étudiants en pédagogie viennent donner des leçons particulières aux enfants qui ont besoin d'aide;

- inviter les étudiants qui terminent leur secondaire à faire du travail bénévole en donnant des leçons particulières après leurs heures de cours.

Caractéristiques de bons programmes d'enseignement en milieu hospitalier

- Le programme scolaire hospitalier doit être conçu de façon à ce que tous les enfants d'âge scolaire puissent le suivre. Il ne doit pas y avoir de durée minimale de séjour pour y être admissible.

- Au moins une partie du programme scolaire devrait fonctionner à longueur d'année pour assurer une aide additionnelle et des cours particuliers aux enfants qui ont besoin de faire du rattrapage (par exemple, les enfant atteints de maladies chroniques qui peuvent avoir manqué un grand nombre de jours d'école).

- Les enseignants, qu'ils soient employés de l'hôpital ou d'une commission scolaire, doivent bien connaître le fonctionnement de l'unité de pédiatrie et sa corrélation avec les autres services.

- Si les enseignants relèvent de la commission scolaire locale, un membre du personnel hospitalier doit être désigné pour assurer la liaison et se charger de l'orientation de l'écolier, résoudre les problèmes ou répondre aux demandes éventuelles.

- Les enseignants doivent avoir de la souplesse et le programme d'enseignement doit être flexible. Dans les hôpitaux, les horaires changent, les interventions et les traitements médicaux prennent souvent le pas sur les activités scolaires ou récréatives; en outre, l'état de l'enfant varie souvent rapidement. Les enseignants doivent travailler en étroite collaboration avec les médecins, les infirmières et les autres membres du personnel. Ils doivent également consulter le titulaire de l'enfant pour s'assurer que les cours s'intègrent bien au programme.

18. SERVICES SOCIAL

Les exigences en matière de scolarité pour le travailleur social en milieu pédiatrique doivent être conformes aux règles qui régissent l'exercice de la profession dans chacune des provinces. Dans les services plus importants, ou dans le cadre de programmes spéciaux, les diplômés en service social des cégeps peuvent accomplir certaines tâches particulières de coordination et de soutien, sous la supervision d'un travailleur social titulaire d'un baccalauréat ou d'une maîtrise en service social.

Les services sociaux doivent être accessibles, au besoin, à tous les enfants et adolescents hospitalisés, ainsi qu'à leur famille. Les

hôpitaux des niveaux B, C et D devraient compter des travailleurs sociaux dans leur personnel. Les hôpitaux du niveau A peuvent, ou embaucher un travailleur social, ou conclure une entente avec le bureau local du ministère provinvial responsable du bien-être social de l'enfance, ou encore avec les organismes d'aide à la famille, pour obtenir des services de consultation et d'aiguillage des malades.

Le travailleur social qui a une formation professionnelle dispense des services et fournit les conseils nécessaires au service de pédiatrie dans les domaines particuliers. Par exemple:

- travail en vue de solutionner le conflit qui existe lorsque le bien de l'enfant et les intérêts de la famille sont incompatibles. Il peut avoir à se faire le défenseur des besoins de la famille;

- rôle important au sein de l'équipe affectée aux enfants maltraités qui comprend notamment l'évaluation, le traitement, la liaison entre divers agents et la formation du personnel; [1]

- interprétation des divergences de culture, de normes et d'expectatives susceptibles d'opposer les parents au personnel hospitalier;

- recommandations touchant les ressources communautaires appropriées aux besoins des enfants et de leurs familles;

---

[1] Consulter également la section sur les enfants maltraités, pages 48 à 50.

- promotion du développement de ressources communautaires nécessaires pour pallier à certaines faiblesses du service de pédiatrie;

- action en vue de faciliter les adoptions, le placement en foyer d'accueil et l'admission dans des centres de réadaptation et dans les hôpitaux de soins prolongés.

19. SERVICES D'ORTHOPHONIE ET D'AUDIOLOGIE[1]

Tous les hôpitaux qui dispensent des soins pédiatriques doivent établir un mécanisme qui permette de fournir aux enfants qui en ont besoin, les services d'évaluation du langage et de la prononciation, des services d'orthophonie et d'audiologie, ainsi que des conseils aux parents dont l'enfant a des problèmes de langage et de prononciation. L'orthophoniste peut également assurer les services aux malades dans une région donnée, il est quelquefois possible que ces hôpitaux se partagent les services du même thérapeute.

20. SERVICES DE BÉNÉVOLES

Les bénévoles peuvent assurer des services additionnels qui complètent et soutiennent les soins dispensés par le personnel de l'unité, de la consultation externe et plus particulièrement, de l'urgence. Les hôpitaux ont actuellement recours à des bénévoles dans de nombreux programmes pour dispenser certains services en complémentarité. Ceux-ci

[1] Voir également Directives cliniques en orthophonie et audiologie, Direction des services de santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1980.

s'occupent, par exemple, de faire manger les enfants, de leur donner des leçons particulières, de leur faire la lecture, de les accompagner ou tout simplement, de remplacer leurs parents. Ils peuvent également être des amis compréhensifs et intéressés qui procurent à l'enfant et à ses parents un sentiment de sécurité dans un nouvel environnement parfois appréhensif.

Le bénévole doit se conformer aux politiques et aux procédures de l'hôpital, être discret et prudent en ce qui concerne l'information au sujet de l'enfant et être digne de confiance.

L'hôpital pour sa part, doit offrir un programme d'orientation qui initie le bénévole à l'hôpital et aux tâches particulières qu'il devra accomplir et le met en contact avec la personne avec laquelle il travaillera.

Les bénévoles, comme tous les membres du personnel qui doivent travailler auprès des enfants, seront choisis d'après leurs connaissances, leur expérience des enfants et leur capacité de traveiller de façon attentive avec l'enfant attentive avec l'enfant, la famille et les professionnels.

Les bénévoles devraient relever d'une personne bien identifiée, par exemple, le directeur du service des bénévoles ou l'infirmière-chef de l'unité, et devraient recevoir, chaque jour, les instructions et les conseils voulus de la part d'un membre de l'équipe permanente.

IV RÉPARTITION ET UTILISATION DE L'ESPACE, CARACTÉRISTIQUES SPÉCIALES DU PLAN D'AMÉNAGEMENT[1,2]

1. SOINS AMBULATOIRES

Les cliniques externes doivent être conçues de façon à tenir compte des catégories et du nombre de malades prévus ainsi que des besoins fonctionnels et pédagogiques de l'unité.

Les directives qui suivent décrivent les éléments indispensables du programme de soins ambulatoires pour enfants.

---

[1] On peut obtenir plus d'informations concernant l'aménagement en consultant d'autres sources, notamment: Considérations relatives au design des unités de soins dans les hôpitaux, Planification des établissements de santé, Direction des services de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1978.

[2] Pour connaître les délimitations des espaces nets et bruts, consulter: Mesurage des surfaces pour les établissements de santé Planification des établissements de santé, Direction des services de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1978.

Une aire d'accueil et une salle d'attente[1]

Il existe un grand centre d'enregistrement pour tous les services de soins ambulatoires de l'hôpital où tous les dossiers sont complétés et entreposés.

L'espace prévu doit être suffisant pour recevoir les parents, les frères et soeurs qui accompagnent fréquemment le malade et inclure une salle de jeux équipée du matériel nécessaire pour garder les enfants occupés et heureux pendant l'attente.

Salle d'examen et cabinets de consultation

Le nombre de salles d'examen et de cabinets de consultation doit être en fonction du nombre prévu ou démontré de visites de malades, du rôle d'enseignement, du service et du nombre de pédiatres à plein temps ou à temps partiel.

Si l'on prévoit l'établissement d'une consultation pour nourrissons et de consultations multidisciplinaires telles que clinique pour becs-de-lièvre et autres spécialités cliniques, s'assurer d'avoir assez d'espace disponible. Les salles doivent être de dimension adéquate, bien éclairées et être pourvues d'au moins deux fauteuils en plus de celui du malade et du médecin.

---

[1] Voir section 1.1, page 25.

Salles de traitement

L'espace requis pour une salle de traitement est d'environ 18,4 m^2 (200 pieds carré). Cette salle doit comprendre: une armoire de rangement ou des étagères pourvues des fournitures nécessaires, telles que le matérie à ponction lombaire, le matériel de suture, le matériel d'intubation, les seringues et les aiguilles; les prises d'oxygène et de succion; une lampe à éclairage concentré ajustable; des écrans à rayons-x encastrés dans les murs. Il devrait y avoir un lavabo dans la salle de traitement et dans toutes les salles d'examen.

Salles d'utilités, d'entretien ménager et autres services de soutien

Il faut prévoir des petites pièces distinctes pour ranger séparément le linge propre et le linge souillé ainsi que le matériel d'entretien ménager.

Toilettes

Il doit y avoir des salles de toilettes pour les malades et leurs parents. Celles-ci devraient être accessibles en fauteuil roulant, munies de barres d'appui et contenir une variété de sièges de toilette, des pots et des chaises percées. Un endroit spécial doit être réservé au changement de couches. Il faut également prévoir des salles de toilettes pour les employés s'il n'y en a pas à proximité.

Secrétariat

Il faut prévoir l'espace nécessaire pour les secrétaires si le service inclut des fonctions administratives ou si un pédiatre a son cabinet dans ce secteur.

Salle de cours et conférences

Il faut une salle de cours et de conférences pour les conférences cliniques et pour l'usage des stagiaires affectés à la consultation externe.

2. UNITÉ DE SOINS PÉDIATRIQUES

Les besoins des enfants et des adolescents diffèrent de ceux des adultes. Il est faux de présumer que parce que les enfants sont plus petits ils ont besoin de moins d'espace. En fait, il faut prévoir plus d'espace pour permettre certaines activités, telles que la participation des parents au traitement, les soins infirmiers, le jeu et la marche.

L'utilisation de l'espace et le plan d'aménagement seront déterminés en fonction des facteurs suivants, qui sont particuliers aux soins pédiatriques:

- L'attribution de lits ou de berceaux aux malades est compliquée par le fait que le rapport lits/berceaux varie constamment. Les chambres doivent donc être assez grandes pour recevoir soit des lits, soit des berceaux.

- Le besoin de surveillance constante des malades est plus important dans une unité de soins pédiatriques.

- Les chambres doivent être suffisamment grandes pour permettre la circulation des enfants, la présence des parents et de la famille et assurer l'intimité du groupe.

- Il faut prévoir une salle de jeux et des salles de classe pour répondre aux besoins des différents groupes d'âge en matière de développement.

- Les espaces d'isolement doivent être plus nombreux que dans les services destinés aux adultes en raison du risque plus élevé de contagion chez les enfants et de la sensibilité plus grande de certains d'entre eux aux maladies contagieuses, par exemple, ceux qui sont traités aux immuno-suppresseurs.

- Le personnel infirmier plus nombreux et les stagiaires de plusieurs disciplines exigent plus d'espace pour la rédaction des dossiers, le traitement, l'entreposage des vêtements, la consultation, les cours et les conférences.

- Certaines pièces doivent servir aux rencontres avec les parents et à l'enseignement des parents et des enfants.

- Les poussettes, les parcs et les tricycles font partie de l'environnement quotidien des enfants. On devra donc prévoir un espace de rangement pour ce matériel.

- Il faut prévoir des mesures de sécurité accrue en vue de la prévention des accidents.

L'entrée de l'hôpital et le chemin conduisant à l'unité de pédiatrie devraient être conçus de façon à réduire au minimum le contact de l'enfant avec les adultes malades ou blessés.

L'unité voisine de l'unité de pédiatrie devraient être aménagée de façon à ce qu'on puisse y placer des adolescents selon le nombre et les besoins respectifs des malades.

Lorsque c'est possible, les services d'obstétrique, de néonatalogie et de pédiatrie devraient être situés à proximité les uns des autres.

L'unité devrait donner accès à des terrains de jeux extérieurs.

2.1 Élements de l'unité de soins

Poste d'infirmière

Le poste d'infirmière devrait être situé, si possible, au centre de l'unité pour réduire les problèmes de distance à parcourir et de surveillance. L'espace doit être suffisant pour permettre au personnel et aux stagiaires de rédiger les dossiers médicaux. La hauteur des comptoirs devrait permettre aux enfants de voir les membres du personnel et vice versa.

Salle d'entreposage et de préparation des médicaments

La salle de préparation et d'entreposage des médicaments doit être située à l'intérieur ou à proximité du poste d'infirmière de façon à en faciliter le contrôle.

Les mesures de sécurité sont nécessaires pour empêcher que les malades hospitalisés à l'unité de pédiatrie ne consomment diverses substances quand ils ne sont pas surveillés. Les dimensions de la pièce et son aménagement seront fonction du système de distribution des médicaments.

La salle des médicaments devra être équipée d'un réfrigérateur réservé seulement à leur entreposage. Elle doit être de dimension suffisante pour permettre la présence simultanée de deux personnes et sa porte doit fermer à clef.

Chambres des malades

Les chambres à un et à deux lits permettent plus de flexibilité dans l'utilisation, et s'adaptent pour tenir compte des différences d'âge, de la gravité de la maladie, des techniques d'isolement et de la cohabitation des parents. Les chambres à quatre lits ont une utilisation très limitée.

L'aménagement doit être conçu en fonction des enfants. La chambre doit offrir un espace pour le rangement des jouets, un babillard pour permettre aux enfants d'afficher des cartes et des dessins, et des armoires à vêtements munies d'étagères réglables pour permettre aux enfants de ranger leurs vêtements.

Chaque lit doit être équipé de prises d'oxygène et de succion, de fiches de téléphone et de prises pour le câble de télévision.

Les portes des chambres doivent être assez larges pour permettre le passage des lits, des berceaux, des fauteuils roulants, civières et des appareils spéciaux. Les poignées de porte de salles de bains attenantes aux chambres de malade devraient permettre de verrouiller et de déverrouiller la porte de l'extérieur dans les situations d'urgence.

Salle à manger

La salle à manger doit être située de façon à permettre la surveillance des malades, et la cuisine doit permettre un accès facile aux aliments à être servis entre les repas. On doit prévoir suffisamment d'espace pour contenir la quantité nécessaire de formules de nourrissons pour une journée. L'espace de rangement des préparations commerciales devrait correspondre aux recommandations du fabricant et aux règlements d'hygiène publique. Les appareils de réfrigération doivent permettre de conserver le lait et les jus à la température réglementaire et de congeler la crème glacée et les "popsicles".

- Le secteur réservé à l'alimentation doit être équipé d'un réfrigérateur, d'un appareil à réchauffer les aliments et d'un évier situés à l'intérieur de l'unité afin que des boissons et des goûters soient disponibles en tout temps.

- Les repas devraient créer l'impression de se retrouver en famille. L'unité devrait disposer de tables convenant à de petits groupes d'enfants, de plateaux, des petites tables de lit, etc. Il serait souhaitable qu'une salle soit disponible aux fins des repas des parents et des enfants.

Lingeries et salles d'entretien ménager

Des mesures de sécurité additionnelles doivent être prises pour empêcher les jeunes malades ambulants d'avoir accès à des solutions ou à des médicaments dangereux.

Salle de traitement

L'espace doit être suffisant pour permettre au personnel et aux parents de participer aux traitements, pour assurer le confort et la sécurité des malades, et la présence de stagiaires de diverses disciplines qui assistent au traitement.

Il faut un espace de rangement pour les plateaux de traitement. Le chariot d'urgence doit être placé à l'endroit le plus accessible. Il doit contenir le matériel et les fournitures appropriés aux besoins des enfants du groupe d'âge hospitalisés dans l'unité.

Salle polyvalente

Il convient de réserver une ou deux salles qui peuvent servir de lieu de rencontre pour l'observation médicale et les antécédents personnels et familiaux, les instructions aux parents et la discussion au sujet de l'état de santé de l'enfant, les cours aux parents ou les explications relatives à la sortie du malade.

Bureau de l'infirmière-chef

On doit prévoir un bureau pour l'infirmière-chef.

Salles de cours et de conférences

Il faut prévoir l'espace nécessaire pour l'orientation et la formation en cours d'emploi du personnel de l'unité, les consultations multidisciplinaires sur les

soins à donner aux malades, pour préparer le rapport en fin de période de travail de même que pour les cours et les discussions informelles entre les étudiants et les professeurs.

Il est bon de prévoir de l'espace additionnel pour permettre aux étudiants d'observer le travail des médecins ou de participer à certaines tâches, (par exemple, les entrées dans les dossiers médicaux ou la préparation des médicaments), sans nuire à l'efficacité du milieu de travail.

Lingerie

Il faudrait prévoir un espace suffisant pour entreposer le matériel nécessaire aux besoins des malades de différents groupes d'âge. Cet espace devrait permettre le rangement de la literie pour des lits de diverses dimensions, de la lingerie et des vêtements de malades. Les malades devraient être autorisés à porter leurs propres vêtements, lorsque c'est possible. Il est utile que l'unité dispose d'une salle de lavage, équipée d'une laveuse et d'une sécheuse, pour le lavage des vêtements personnels des enfants.

Installations sanitaires

Il est souhaitable que chaque chambre de malade possède un cabinet de toilette et un lavabo; il est toutefois indispensable que chaque chambre ait un lavabo. Le nombre de douches et de bains requis sera fonction du nombre et des catégories de malades. Les petits enfants ont l'habitude de prendre leur bain, mais les adolescents préfèrent

souvent la douche. Les lavabos du personnel doivent être en nombre suffisant. Les robinets actionnés par des pédales ou des leviers à hauteur de genoux sont préférables. Les toilettes et lavabos à l'usage des enfants doivent être plus bas que ceux destinés aux adultes. On devrait également mettre à la disposition des enfants des petits pots et des chaises percées.

Salles d'attente pour les parents et les visiteurs

Si l'espace disponible le permet, il est bon d'aménager une salle d'attente pour les parents et les visiteurs.

Espace de rangement

Il est nécessaire d'avoir suffisamment d'espace de rangement pour le matériel pédiatrique habituel, comme les tables et les chaises à dîner, les poussettes, les parcs, ainsi que les lits d'adultes. Il faut également disposer de l'espace nécessaire au rangement des berceaux et des lits afin qu'il soit possible de faire rapidement les changements requis par les besoins de la clientèle.

2.2 Aménagement

Le hall d'entrée de l'unité de pédiatrie doit être attrayant et accueillant. Les meubles doivent être de couleurs gaies. Les chambres doivent être bien numérotées avec des chiffres et des symboles tels que des animaux ou des fleurs. Il faut éviter les longs corridors, et tous doivent être équipés de rampes. Les meubles ne devraient pas présenter d'arêtes aiguës.

L'aménagement des lieux doit permettre au personnel infirmier d'exercer sur les malades une surveillance étroite, tout en respectant le besoin d'intimité des malades et des parents. Les chambres des enfants ou des nourrissons gravement malades devraient être à proximité du poste d'infirmière.

Les fenêtres devraient être assez basses pour permettre aux enfants de voir dehors et être munies de dispositifs de sécurité.

Il est souhaitable que l'unité soit insonorisée. Le décor doit contribuer à créer une ambiance domestique. Les couleurs et la texture des tissus devraient être choisies en tenant compte des éléments suivants: besoin d'utiliser des tissus de couleurs tendres et gaies, résistants à l'usure causée par les enfants et aux produits de nettoyage utilisés pour prévenir l'infection. Les images et les symboles qui forment le décor doivent être conçus pour créer des réactions positives. On devrait couvrir les parquets de moquette partout où c'est possible. Les plantes sont à conseiller, mais on devrait éviter les plantes à propriétés toxiques.

Les besoins des enfants en matière d'éclairage sont les mêmes que ceux des adultes et on doit tenir compte des besoins suivants: éclairage général, lampe d'examen du médecin, veilleuse, lampe de lecture pour chaque malade.

2.3 Sécurité

Les dispositifs de sécurité nécessaires en raison de l'âge des malades, sont les sui-

vants: système d'eau chaude contrôlé par un thermostat (les boutons de réglage des robinets de la baignoire devraient être placés sur le mur, hors de la portée des enfants); système électrique sans danger pour les malades (les prises de courant et les interrupteurs pour les appareils essentiels ou dangereux et pour l'éclairage de la chambre, devraient être hors de la portée des enfants); système de contrôle des portes de sortie et des sorties de secours en cas d'incendie devraient être munies de système d'alarme.

Le système d'appel à l'usage des malades devraient être conçu de façon à ce que l'enfant puisse l'utiliser facilement.

2.4 Emplacement et aménagement des salles de jeux

Les salles de jeux destinées aux malades hospitalisés devraient être situées à l'intérieur ou à proximité de l'unité de pédiatrie. En situant la salle de jeux près de l'unité et du poste des infirmières on facilitera la communication et on permettra à l'équipe de soins d'avoir facilement accès aux enfants. Le fait que la salle de jeux se trouve à l'intérieur ou à proximité de l'unité, permet au jeune de demeurer dans un environnement familier à l'intérieur d'un édifice qu'il ne connaît pas et peut aider à réduire la peur. L'expérience a démontré que les salles de jeux à portée de vue des infirmières du poste sont utilisées davantage par les enfants accompagnés de parents ou de bénévoles, lorsque des moniteurs ou des récréologues ne sont pas présents. Cette

considération est importante si le programme d'activités pour enfants n'a pas le personnel voulu suffisant pour s'occuper des activités des enfants le soir, les fins de semaine et les jours de congé.

La salle de jeux de la consultation externe devrait être assez près du centre des rendez-vous pour permettre au personnel de voir et d'entendre les enfants. Si l'aire de jeux se trouve dans une autre pièce, il devrait y avoir une voie de communication entre celle-ci et le centre de rendez-vous, sinon les parents hésiteront à l'utiliser de peur de ne pas entendre l'appel.

L'aménagement des aires de jeux devrait inclure des portes assez larges et être suffisamment grande pour contenir: plusieurs enfants dans des lits ou des fauteuils roulants de même que ceux qui sont sur pied; un espace de rangement pour le matériel de jeux et de bricolage; des meubles qu'on peut déplacer de façon à créer des aires de jeux distinctes, réaménagées selon les besoins; un espace pour exposer les travaux des enfants; un accès à une source d'eau; un système de communication à deux sens avec le poste des infirmières le plus proche; des corridors avec fenêtre d'observation.

Il est à conseiller, lorsque c'est possible, d'avoir des aires de jeux distinctes pour les enfants des groupes d'âge suivants: nourrissons, bambins et enfants d'âge préscolaire, enfants d'âge scolaire et adolescents. Le genre d'activité et les jeux de ces enfants étant différents d'un groupe à

dre à tous les besoins simultanément. S'il n'est pas possible d'avoir des aires de jeux distinctes, on devrait planifier les horaires ou aménager l'espace de façon à satisfaire les besoins de chaque groupe d'âge.

Certains hôpitaux disposent d'une salle de conférence séparée, alors que d'autres utilisent une salle polyvalente ou encore la salle de jeux à certaines périodes.

L'aménagement des terrains de jeux doit tenir compte des besoins suivants: ombre, surfaces de terrain variées, par exemple petites collines, herbe, eau, sable et pavé pour les enfants alités ou en fauteuil roulant; espace de rangement; accès à l'eau et à un cabinet de toilette pour les malades; communication à deux sens avec l'intérieur (notamment avec tous les postes d'infirmières liés aux services de pédiatrie et d'urgence).

2.5 Participation des parents

Le plan d'aménagement et l'espace disponible devraient permettre aux parents de participer 24 heures sur 24 aux soins dispensés à l'enfant et tenir compte des besoins des parents et des enfants malades.

Il faut mettre à la disposition des parents un endroit pour dormir. Il en existe plusieurs formules:

- possibilité de coucher dans la chambre du malade, sur une chaise-lit ou sur un lit de camp, ou encore sur un deuxième lit quand une chambre à lit unique est suffisamment grande;

- utilisation d'une chambre à deux lits disposant d'un lit pour adulte;

- mise à la disposition des parents d'une chambre pour passer la nuit dans l'unité;

- utilisation d'un divan-lit avec espace de rangement en dessous.

Il faut également prévoir d'autres aménagements réservés exclusivement aux parents, par exemple: lavabo, douches, pièce pour la toilette de nuit et salle de détente à l'écart du jeune malade.

Il faut aussi tenir compte des besoins émotionnels des parents. Il convient de mettre une chambre privée à la disposition des parents angoissés.

V. APPAREILLAGE[1]

L'appareillage doit être déterminé d'après les besoins cliniques et la capacité du personnel de le faire fonctionner sans danger et de façon fiable et efficace. Avant de choisir l'équipement, il est bon de s'assurer qu'il existe des services d'entretien et de réparation. Le matériel disponible doit être en quantité suffisante et adapté aussi bien aux besoins du nouveau-né qu'à ceux de l'adulte.

[1] On peut obtenir des listes du matériel standard dans plusieurs ouvrages énumérés aux pages 114 à 116.

1. MATÉRIEL SPÉCIAL POUR LA RÉANIMATION ET LA SURVEILLANCE DES ENFANTS ET DES ADULTES

La façon la plus pratique de rassembler le matériel et les médicaments de réanimation est de les placer dans un chariot d'urgence ou des boîtes portatives ("chariot pour soins intensifs").

Matériel général

- Défibrillateur (cardiaque) avec électrodes pour enfants et adultes
- Électrocardiographe portatif
- Moniteur, électrocardiographe cardiaque ou à inscription directe
- Réserves d'oxygène, réservoir portatif ou canalisation à partir d'une réserve centrale avec prises individuelles au lit du malade (soupape chauffée et humidifiée)
- Appareils à succion, portatifs ou muraux avec soupape et flacon à clapet
- pompe à infusion.

Matériel et fournitures de réanimation cardio-pulmonaire

Outre le matériel et les fournitures de réanimation cardio-pulmonaire d'usage courant, on devra disposer des articles suivants:

- laryngoscopes (avec manche, piles de rechange et ampoules)
  Lames droites n^{os} 0, 1 et 2. Lames courbées n^{os} 1, 2, 3

- tubes endotrachéaux et raccords
  Sans ballonnets 2,0; 2,5; 3,0; 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5 mm
  Avec ballonnets 6,0 mm à 8,0 mm
  Sondes pour les tubes endotrachéaux

- foceps de McGill (pour enfants et adultes)

- canules n^{os} 000, 00, 1, 2, 3, 4

- cathéter d'aspiration: grandeur 6, 8, 10, 12

- soupape à clapet pour mucus

- embout d'aspiration pour amygdales (enfants et adultes)

- appareils à réanimation plumonaire manuels (enfants et adultes)

- sacs à oxygène pur (nourrissons, enfants et adultes)

- masques à anesthésie (prématurés, nourrissons, enfants et adultes)

- toute la série de seringues et d'aiguilles, y compris aiguilles spinales

- tubes nasogastriques, 5 Fr., 8 Fr., 10 Fr., et 12 Fr.

Médicaments pour la réanimation et les soins d'urgence

Les médicaments et solutions à action systémique nécessaires pour la réanimation et les soins d'urgence devraient être faciles d'accès en tout temps; Ce sont:

- médicaments pour le coeur,
- médicaments agissant sur le système respiratoire,
- médicaments anticonvulsions,
- stimulants,
- dépresseurs,
- agents coagulants et anticoagulants,
- agents émétiques et antiémétiques,
- solutions ionisées.

Tous ces médicaments et solutions doivent être disponibles dans des concentrations appropriées pour chaque groupe d'âge, et les étiquettes des contenants doivent indiquer clairement la concentration du médicament et la façon de l'administrer. Tous les hôpitaux doivent avoir une liste officielle, à jour, des médicaments et des solutions à action systémique nécessaires pour les urgences pédiatriques. Cette liste sert à la vérification régulière du stock des médicaments d'urgence.

2. ÉQUIPEMENT ET MATÉRIEL POUR LES ACTIVITÉS SCOLAIRES ET RÉCRÉATIVES

Il faut établir un budget annuel pour l'achat d'équipement et de matériel nécessaire à l'organisation d'activités multiples pour divers groupes d'âge. Il faut choisir soigneusement les jouets, les jeux et le matériel en songeant principalement à la sécurité, à la durabilité et à la souplesse d'utilisation des objets (Consulter la liste générale à l'annexe II).

- L'hôpital peut encourager les dons de jouets, maix ceux-ci devraient être triés soigneusement pour s'assurer qu'ils répondent aux normes de sécurité et qu'ils sont appropriés aux besoins.

- L'équipement et le matériel destinés à la consultation externe et au service d'urgence devraient être lavables et particulièrement durables. Les gros jouets et les jouets formés de grosses pièces sont particulièrement recommandés.

- Il convient de prévoir une réserve spéciale de jouets et de matériel pour les enfants qui sont sous technique d'isolement - par exemple des jouets qui peuvent être stérilisés sans perdre leur attrait ou se désintégrer.

- L'hôpital doit faire le nécessaire pour obtenir du ministère provincial de l'Éducation une copie de tous les manuels scolaires courants afin de pouvoir les mettre à la disposition des malades qui n'apportent pas leurs propres livres de la maison.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alcock, Denise, éd., Preparation for Hospitalization, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1979.

2. Azarnoff, P. et Flegal, S., A Pediatric Play Program, Springfield, Charles C. Thomas, 1975.

3. Institut canadien de la santé infantile, Le soin des enfants en milieu de services de santé, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1979.

4. Crocker, E. Hospitals Are For Learning, Halifax Atlantic Institute of Educations, 1975.

5. Crocker, E., éd., Play and Play Programs, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1979.

6. Design Manuel Paediatric Ambulatory Care Facilities, rédigé par le Comité de la Société canadienne de pédiatrie pour l'étude du plan d'un hôpital, 1975.

7. Élaboration du plan d'une unité pédiatrique dans un hôpital général, Partie I, Aménagement de locaux pour soins pédiatriques, rédigé par le Comité de la Société canadienne de pédiatrie pour l'étude du plan d'un hôpital pour enfants, 1971.

8. Gellert, E. Psychosocial Aspects of Pediatric Care, New York, Crune & Stratton, 1978.

9. Guide d'agrément des hôpitaux 1977, Conseil canadien d'agrément des hôpitaux, Ottawa.

10. Guidelines for the Development of Child Life Activity Programs, Association for the Care of Children's Health, Washington, D.C., 1980.

11. Hardgrove, C.B. et Dawson, R.B., Parents and Children in the Hospital: The Family's Role in Pediatrics, Boston, Little, Brown and Company, 1972.

12. Hospital Care of Children and Youth, Evanston, Illinois, American Academy of Pediatrics, 1978.

13. Lindheim, R., Glaser, H.H. et Collin, C., Changing Hospital Environments for Children, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1972.

14. McCormick, R.M. et Gilson-Parkevich, T., Patient and Family Education: Tools, Techniques and Theory, New York, John Wiley and Sons, 1979.

15. Pediatrics Policy and Procedure Manual, The Catholic Hospital Association of the United States, Missouri, 63104, 1980.

16. Petrillo, M. et Sanger, S., Emotional Care of Hospitalized Children: An Environmental Approach, 2e édition, Toronto, J.B. Lippincott, 1980.

17. Preparing Children and Families for Health Care Encounters, Association for the Care of Children's Health, Washington, D.C. 1980.

18. Psychosocial Policy Guidelines for Administration of Pediatric Health Care Facilities, Association for the Care of Children's Health, Washington, D.C., 1980.

19. Robinson, G.C. et Clarke, H.F., The Hospital Care of Children: A Review of Contemporary Issues, New York, Oxford University Press, 1980.

20. Standard Nursing Care Plans, The Hospital for Sick Children, Toronto, 1979.

21. Steele, Shirley, Nursing Care of the Child With Long-Term Illness, 2e édition, New York, Appleton-Century-Crofts, 1977.

22. Thompson, R.H. et Stanford, G., Child Life in Hospitals, Springfield, Charles C. Thomas, 1981.

On peut obtenir des renseignements supplémentaires sur les ouvrages publiés en communiquant avec:

The Association for the Care
of Children's Health
3615 Wisconsin Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20016
U.S.A.

Cette association internationale cherche à encourager et à promouvoir le traitement des enfants et des familles dans les établissements de soins, par des programmes d'éducation, une action interdisciplinaire coordonnée et de la recherche. Il existe à l'heure actuelle sept filiales au Canada, et toute personne qui travaille auprès des enfants peut en devenir membre.

L'Institut canadien de la santé infantile
Pièce 803, 410, avenue Laurier ouest
Ottawa (Ontario)
K1R 7I6

Cette association nationale offre, entre autres, un programme d'information sur le soin des enfants dans les hôpitaux.

ANNEXE I

DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

Distribution suivant l'âge et le sexe

Le tableau I présente la distribution de la population infantile dans les hôpitaux (0-19 ans). Le groupe des 0 à 4 ans (ceux qui sont les plus exposés aux séquelles psychologiques de l'hospitalisation) constitue le groupe le plus nombreux à l'hôpital. Il représente de plus 38% de la population pédiatrique en milieu hospitalier, alors qu'il ne constitue que 21% de la population infantile en bonne santé.

TABLEAU I

DISTRIBUTION EN FONCTION DE L'ÂGE DE LA POPULATION INFANTILE DANS LES HÔPITAUX AU CANADA, CAS ET JOURS D'HOSPITALISATION PAR GROUPE D'ÂGE

Groupe d'âge	Cas		Jours d'hospitalisation par groupe d'âge
	Nombre	%	
0 à 1 an	110 594	14,10	7,5
1 à 4 ans	189 851	24,20	5,2
5 à 14 ans	253 749	32,35	5,2
15 à 19 ans	230 256	29,35	5,9
0 à 19 ans	784 450	100,00	5,7

La distribution de la population d'enfants et d'adolescents dans les hôpitaux en fonction du sexe est indiquée au tableau II. La distribution suivant le sexe indique que les garçons sont plus nombreux que les filles dans chaque groupe d'âge, à l'exception du groupe des 15 à 19 ans.

TABLEAU II

DISTRIBUTION SUIVANT LE SEXE DE LA POPULATION INFANTILE EN MILIEU HOSPITALIER (0 À 19 ANS) AU CANADA, SELON LE NOMBRE DE CAS, 1978

Âge	Total		Garçons		Filles	
	Cas	%	Cas	%	Cas	%
0 à 1 an	110 594	100	63 872	57,8	46,722	42,2
1 à 4 ans	189 851	100	111 984	59,0	77 867	41,0
5 à 14 ans	253 749	100	139 462	55,0	114 287	45,0
15 à 19 ans	230 256	100	80 932	35,1	149 324	64,9
0 à 19 ans	784 450	100	396 250	50,5	388 200	49,5

Source: Statistique Canada, "La morbidité hospitalière", 1978, (Catalogue 82-206)

Répartition des soins médicaux et chirurgicaux

Les admissions en médecine sont plus nombreuses en ce qui concerne le nombre de cas et les jours d'hospitalisation, dans le groupe des 0 à 4 ans, puis il se produit un revirement de situation en faveur des admissions en chirurgie. Pour tous les groupes d'âge d'enfants et d'adolescents, le nombre de cas chirurgicaux dépasse celui des cas médicaux, mais la durée d'hospitalisation de ces derniers est plus longue.

DIAGNOSTICS ET FRÉQUENCES

Le Tableau III indique les maladies les plus fréquentes des enfants et des adolescents hospitalisés. 1) Les maladies respiratoires, 2) les accidents, les empoisonnements et les cas de violence, 3) les maladies du système digestif, 4) les complications liées à la grossesse, 5) les maladies infectieuses et parasitaires et 6) les maladies du système nerveux, et elles comptent pour les trois quarts de cas traités à l'hôpital.[1]

TABLEAU III

MALADIES LES PLUS FRÉQUENTES CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS HOSPITALISÉS (0-19 ANS) AU CANADA, 1978

	Nombre de cas	% par rapport au total des malades hospitalisés
Maladies du système respiratoire	228 566	29,14
Accidents, empoisonnements, violence*	116 579	14,86
Maladies du système digestif	64 941	8,28
Complications liées à la grossesse	60 995	7,78
Maladies infectieuses et parasitaires	59 470	7,58
Maladies du système nerveux	45 689	5,82
Autres	208 210	26,54
TOTAL	784 4[illegible]	100,00

* Regroupe d'autres maladies

[1] Statistique Canada, "Interventions chirurgicales et traitements" mai, 1978 (Nº 82-208 du catalogue).

Les interventions chirurgicales les plus fréquentes chez les enfants et les adolescents hospitalisés sont indiquées dans le tableau IV. L'oto-rhino-laryngologie, l'orthopédie, la chirurgie abdominale, l'urologie, la chirurgie plastique, l'ophtalmologie comptent 69% des interventions chirurgicales.

TABLEAU IV

OPÉRATIONS LES PLUS FRÉQUENTES CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS HOSPITALISÉS AU CANADA, 1978

	Nombre de cas	% du total des malades hospitalisés
Oto-rhino-laryngologie	103 316	29,40
Chirurgie orthopédique	50 832	14,47
Chirurgie abdominale	38 818	11,05
Chirurgie urologique	18 056	5,14
Chirurgie plastique	18 718	5,33
Ophtalmologie	11 410	3,25
Autres	110 231	31,37
Total	351 381	100,00

Nous ne disposons pas de statistiques comparables pour la chirurgie de jour au Canada.[1] Les interventions chirurgicales les plus fréquentes dans les programmes de chirurgie de jour en Colombie-Britannique sont en oto-rhino-laryngologie, en chirurgie dentaire, plastique et orthopédique et en ophthalmologie, elles comptent pour près de 80% de toutes les interventions.

[1] La chirurgie de jour désigne habituellement un service hospitalier qui permet l'admission et la sortie du malade la journée même de l'intervention chirurgicale, qui nécessite une anesthésie générale et qui est réservée aux interventions chirurgicales électives.

Utilisation

Les taux de fréquence* d'hospitalisation chez les enfants et les adolescents (0 à 19 ans) au Canada, suivant les groupes d'âge, pour les années 1971, 1976 et 1978 sont indiqués au tableau V. On observe les taux les plus élevés dans le groupe 0 à 4 ans.

Le tableau VI indique les grandes variations qui existent entre les taux de fréquence des différentes provinces. L'augmentation des taux de 1950 à 1978 dans un certain nombre de provinces est associée à de nombreux facteurs, notamment l'instauration du régime de l'assurance-maladie, l'augmentation du nombre de lits dans de nombreuses régions, les nouveaux modes d'exercice de la médecine reflétant, en partie, les progrès dans le domaine médical. Dans chaque province, les taux fluctuent grandement, les taux au milieu urbain étant plus bas que ceux du milieu rural.

---

* Le taux de fréquence d'hospitalisation suivant le groupe d'âge, pour les résidents d'une région donnée (habituellement un district scolaire), constitue un point de référence pour évaluer le degré d'utilisation. Ce taux est établi en fonction du nombre de cas ou de jours d'hospitalisation durant une année par 1000 enfants résidant dans la région. Ce terme est fréquemment utilisé pour décrire l'hospitalisation continue des malades, mais s'applique rarement aux admissions en clinique externe.

TABLEAU V

FRÉQUENCE DE L'HOSPITALISATION DES ENFANTS
ET DES ADOLESCENTS
PAR GROUPE D'ÂGE, EN 1971, 1976 ET 1978 AU CANADA

	Cas par tranche de 1000 enfants			Journées par tranche de 1000 enfants		
(Âge)	1971	1976	1978	1971	1976	1978
0 à 1 an	337,44	323,96	311,18	3 282,05	2 547,73	2 332,
1 à 4 ans	162,51	146,00	136,68	1 083,52	771,48	712,
5 à 14 ans	78,14	66,33	64,65	455,85	339,65	336,
15 à 19 ans	114,86	102,62	96,71	774,91	595,89	566,
0 à 19 ans	112,65	87,28	97,44	761,54	578,01	557,

Sources: Données démographiques utilisées pour le calcul des taux: Statistique Canada "Recensement du Canada, 1971; population, années d'âge (Catalogue 92-716) et "Recensement Canada, 1976, bulletins supplémentaires: géographiques et démographiques; années d'âge" (Catalogue 92-832).

Cas (congés) et jours de traitement: Statistique Canada, "La morbidité hospitalière", 1976 et "La morbidité hospitalière", 1978 (Catalogue 82-206)

TABLEAU VI

FRÉQUENCE DE L'HOSPITALISATION DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS* AU CANADA (CAS PAR 1000 ENFANTS ET ADOLESCENTS), 1950-1978

	1950	1966	1971	1975	1978
Terre-Neuve	57	95	117	122	114
Maritimes**	102	101	121	122	118
Québec	75	91	91	78	69
Ontario	115	108	103	99	94
Prairies***	126	149	161	148	135
Colombie-Britannique	159	130	114	98	99
Canada	-	111	112	105	97

* Données de Statistique Canada
** Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick
*** Alberta, Saskatchewan, Manitoba

On observe un déclin constant des taux de fréquence d'hospitalisation des enfants et des adolescents en milieu rural comme en milieu urbain; ceux-ci représentent près de 80% de tous les cas traités en Colombie-Britannique et en Ontario, alors que dans les autres provinces, les taux ont augmenté jusqu'en 1971 pour diminuer par la suite. Ce déclin illustre, semble-t-il, une tendance générale et découle probablement de plusieurs facteurs, notamment un changement dans la morbidité des enfants, une diminution des interventions chirurgicales telles que les amygdalectomies, et la disponibilité d'autres modes de soins. Les taux à Terre-Neuve et dans les Maritimes n'ont pas encore connu de baisse, ce fait étant peut-être attribuable à des conditions géographiques particulières. Il est raisonnable de penser que les taux de fréquence dans toutes les provinces diminueront graduellement, pour se situer peut-être de 70 à 80 cas pour 1000, et à 400 jours d'hospitalisation par 1000 enfants ou adolescents (0 à 19 ans).

ANNEXE II

ÉQUIPEMENT ET MATÉRIEL POUR LES ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES ET SCOLAIRES

Milieu thérapeutique de l'enfance

- planches à mettre sur les genoux et chevalets réglables pour les enfants alités ou en fauteuil roulant

- jeux de construction et d'habileté manuelle: blocs, casse-tête (des plus simples aux plus complexes); modules à empiler ou à agencer; jeux de construction; jeux consistant à faire passer un objet par un trou

- matériel de bricolage: papier (différents types), peinture, pinceaux, colle, crayons, tissu, laine, ciseaux, nécessaires de bricolage, etc.

- matériel de musique: tourne-disques et disques, magnétophones et bandes magnétiques, métronomes; radios; boîtes à musique

- jeux: jeux de société (comme les échecs, le scrabble), jeux de cartes, ping-pong, billard, jeux électroniques, fléchettes (velcro), jeux de poches

- livres

- films et projecteurs

- matériel salissant: table à mélanger le sable et l'eau, argile, pâte à modeler

- matériel de psychodrame: maisons de poupées, poêles en bois, lavabos, réfrigérateurs; costumes; marionnettes et poupées; trousses médicales et uniformes; téléphones-jouets, caisses enregistreuses, casseroles, etc.

- jouets dynamiques: voitures, camions, jouets à enfourcher, balles

- jouets d'enfant: hochets, jouets à presser, exerciseurs, jouets à mastiquer

- tableau noir

- équipement pour l'extérieur:
  - matériel à jouer dans l'eau et le sable
  - tables, bancs
  - balles
  - balançoires d'enfant
  - glissoires basses et larges
  - matériel bas pour grimper
  - jouets à enfourcher (tricycles, et camions)
  - nattes,
  - couvertures (pour étaler sur le sol)
  - chapeau de soleil,
  - verres fumés
  - poussettes,
  - landaux

Remarque Le budget alloué pour l'équipement et les accessoires doit être suffisant pour (1) permettre d'équiper de façon sommaire les espaces de jeux avec des grosses pièces d'équipement (par exemple, poêles et lavabos jouets, chevalets, tables et chaises, jouets à enfourcher); (2) permettre de remplacer régulièrement les fournitures de bricolage (par exemple, le papier, la peinture, les ciseaux); et (3) permettre de remplacer les jouets ou les livres qui sont en mauvais état, brisés, usés ou emportés à la maison.

ANNEXE III

GUIDE DES POLITIQUES ET DES PROCÉDURES À L'USAGE DES SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

Les politiques et les procédures à l'usage des services spéciaux dans les hôpitaux ont été formulées à la suite d'une revue des publications provinciales, nationales et internationales traitant du sujet.

Il serait souhaitable que ce schéma serve de guide à l'élaboration de politiques plus complètes et détaillées pour chacun des services spéciaux, de façon à assurer les meilleurs soins possibles aux malades de ces unités.

I. RÔLE ET OBJECTIFS

A. Rôle et objectifs de l'unité dans l'hôpital

B. Catégories de malades soignés

- Selon le diagnostic ou l'état du malade.

- Restrictions dans le service au malade s'il y a lieu (ex.: malades en phase terminale).

C. Services offerts

II. ORGANISATION DE L'UNITÉ DE SOINS

A. Responsabilité du Conseil d'administration

B. Relation entre l'unité, le directeur général et le personnel médical

C. Gestion de l'unité

(i) Responsabilités du personnel

- Directeur
- Médecins
- Infirmières
- Autres membres du personnel

(ii) Comité

- Membres (selon la discipline à laquelle ils appartiennent, nombre)
- Mandat à définir
- Prévisions en vue de la disponibilité de consultants (médecins et autres membres du personnel médical)
- Calendrier des réunions régulières et spéciales.

III. POLITIQUES DE GESTION

1. Responsabilité de l'admission des malades:

   - directeur médical,

   - médecins, résidents,

   - infirmière-surveillante de l'unité

2. Critères d'admission - Priorités selon:

   - le diagnostic

   - l'état de santé du malade

3. Ordonnances de routine à l'admission

4. Ordonnances de routine dans les cas d'admission d'urgence

5. Durée du séjour selon le diagnostic

6. Méthode de transfert des malades selon les normes établies et les priorités de l'urgence

7. Méthode de congé des malades selon les normes établies et les priorités de l'urgence

8. Degré de formation exigé du personnel

9. Projets d'éducation permanente pour le personnel

10. Établissement et tenue à jour des dossiers de malades

11. Délégation d'autorité et de responsabilité au personnel (médecins, infirmières ou autres) en cas d'urgence

12. Entretien et sûreté de l'appareillage

13. Évaluation continue du rendement de l'unité.

IV. TECHNIQUES

1. Techniques de soins électives (médicales, infirmières et autres)

2. Techniques et procédures en cas d'alerte

3. Méthodes de tenue des dossiers médicaux et de compilation des données statistiques

4. Règlements régissant les visites aux malades.

ANNEXE IV

LISTE DES GUIDES RÉGISSANT CERTAINS SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

Les guides suivants ont été établis par le Sous-comité fédéral-provincial sur les services spéciaux dans les hôpitaux, à la demande du Comité consultatif fédéral-provincial de l'Assurance-hospitalisation, à Ottawa. Quelques-uns de ces guides sont des versions mises à jour des normes déjà publiées par le Sous-comité.

Alimentation parentérale totale
Hôtellerie pour malades
Programme régional de traitement de l'insuffisante rénale
Services cardio-vasculaires dans les hôpitaux
- Soins cardiaques intermédiaires
- Cardiostimulation (stimulation cardiaque)
- Cathétérisme cardiaque
- Chirurgie cardiaque
- Écho-cardiographie
- Exploration fonctionnelle cardio-vasculaire par l'épreuve d'effort
- Laboratoire de diagnostic des troubles vasculaires (techniques non agressives)
- Médecine nucléaire cardio-vasculaire
- Surveillance électrocardiographique des malades ambulatoires
- Phonocardiographie
- Soins cardiaques

Services de soins palliatifs dans les hôpitaux
Soins pour enfants et adolescents dans les hôpitaux généraux
Soins psychiatriques aux adultes dispensés par
les hôpitaux généraux

Soins psychiatriques pour enfants et adoles
cents
dispensés par les hôpitaux généraux
Unité de chirurgie de jour
Unité de désintoxication
Unité d'échodiagnostic dans les hôpitaux
Unité d'inhalothérapie
Unité de médecine physique et de réadaptatio
Unité de médecine nucléaire
Unité de soins aux brûlés
Unité de soins dentaires en milieu hospitalier
Unité de soins de jour pour diabétiques
Unité de soins intensifs (réanimation)
Unité de tomographie par ordinateur
Unité de traitement des toxicomanies en milieu
hospitalier
Unités de gériatrie - hôpitaux de jour pou
personnes âgées
Unité de traitement des lésions de la moelle
épinière